سلسلة التوحد

خفـــايا التوحد
أشكاله وأسبابه وعلاجه

الدكتور
هشام مصطفى أحمد السيد
الدكتور
إبراهيم جابر السيد أحمد

دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع
دار الجديد للنشر والتوزيع

٦١٦.٨٥٨٨٣

أ . إ أحمد ، إبراهيم جابر السيد .
خفايا التوحد أشكاله وأسبابه وعلاجه / إبراهيم جابر السيد أحمد، هشام مصطفى أحمد السيد .- ط١.- دسوق: دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع ، دار الجديد للنشر والتوزيع.
٢٠٨ ص ؛ ١٧.٥ × ٢٤.٥سم . (سلسلة التوحد)
تدمك : ٩ - ٥٩١ – ٣٠٨ – ٩٧٧ – ٩٧٨
١. السيد ، هشام مصطفى أحمد (مؤلف مشارك) .
أ – العنوان

رقم الإيداع : ١١٣٣٠ .

الناشر : دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع
دسوق - شارع الشركات- ميدان المحطة – بجوار البنك الأهلي المركز
هاتـف- فاكس : ٠٠٢٠٤٧٢٥٥٠٣٤١ محمول : ٠٠٢٠١٢٧٧٥٥٤٧٢٥-٠٠٢٠١٢٨٥٩٣٢٥٥٣
E-mail: elelm_aleman٢٠١٦@hotmail.com & elelm_aleman@yahoo.com

النـــاشـــر : دار الجـــديد للنشـــر والتـــوزيع
تجزءة عزوز عبد الله رقم ٧١ زرالدة الجزائر
هاتف : ٢٤٣٠٨٢٧٨ (٠) ٠٠٢٠١٣
محمول ٦٦١٦٢٣٧٩٧ (٠) ٠٠٢٠١٣ & ٧٧٢١٣٦٣٧٧ (٠) ٠٠٢٠١٣
E-mail: dar_eldjadid@hotmail.com

محتوى الفهرس

مقدمة

التوحد هو اضطراب في النمو يعوق بشكل كبير طريقة استيعاب المخ للمعلومات ومعالجتها، و تؤثر على الطريقة التي يتحدث بها الشخص ويقيم صلة بمن حوله، ويصعب على المصابين بالتوحد إقامة صلات واضحة وقوية مع الآخرين، لكن التشخيص والعلاج المبكر ساعد كثير من المصابين بمرض التوحد على استعادة حياتهم بصورة اقرب للطبيعية ، لذلك سنتعرض في هذا المقال إلى إعراض التوحد وكل ما يخصه .

ولا يوجد حتى الآن سبب معروف لهذا النوع من الإعاقة، لكن الأبحاث الحالية تظهر وجود عوامل جينية وراثية حيث يكون لدى الطفل من خلال جيناته قابلية للإصابة بالتوحد ويحاول العلماء تحديد الجين الذي يرتبط بهذه الإعاقة بشكل مباشر، وقد يكون مرض التوحد ناتج عن مشاكل طبية أخرى تؤثر على نمو الدماغ. يعتقد بعض الأشخاص أن لقاحات الأطفال قد تسبب التوحد ، مثل اللقاح ضد الحصبة والنكاف، والحصبة الألمانية، لكنه لم يثبت أنها تسبب هذا النوع من الإعاقة، كما لم يثبت إلى الآن تأثير أياً من العوامل النفسية التي يمر بها الطفل خلال مراحل نموه على إصابته بالتوحد.

الفصل الأول
لمحة تاريخية عن الإصابة بالتوحد

❖ اللمحة التاريخية عن اكتشاف التوحد :

في أثناء الحرب العالمية الثانية كان الفكر السائد لدى البعض أن يتم عزل الأطفال المعاقين ذهنيا ، وفي هذه الأثناء ظهر الطبيب النفسي الأمريكي ليو كانر **Leo Kanner** عام ١٩٤٣ وقام بالملاحظة الدقيقة لأحد عشر طفلا من هؤلاء الأطفال فوجد أن لديهم نمط سلوكي واحد وبعد **الملاحظة حدد الآتي :**

١-أنهم يتصفوا بالانسحابية

٢-ليس لديهم القدرة الطبيعية على التواصل مع الآخرين .

٣-لديهم تأخر في النمو اللغوي .

٤-تبدأ هذه الأعراض خلال السنوات الثلاث الأولى من العمر .

٥-غالبا ما يكون الطفل المصاب بالتوحد الطفل الأول للأسرة

وأطلق على هذه الافتراضات اسم " النظرية النفسية لتفسير الإصابة بالتوحد " والتي أثبتت صحتها فيما بعد ولكنه يعاب عليه أنه أخطأ في تفسيرها حيث أنه أرجع ذلك إلى أن هؤلاء الأطفال تعرضوا إلى عنف- سوء معاملة – فقدان الأمان بعد الولادة من الوالدين وخاصة الأم ولذلك أطلق عليها لقب **الأم الثلاجة** ومن ثم فقد تقوقع هؤلاء الأطفال حول أنفسهم وأطلق عليهم الأوتيزم " التوحديين " وصنفه على أنه مرض عقلي **والدليل على خطأ هذا التفسير** :

١- مدى اشتياق الوالدين لولادة أطفالهم وخاصة الطفل الأول فكيف يعاملونه بقسوة .

٢- هناك بعض الأمهات يتوفين بعد الولادة ولا يصاب المولود بالتوحد .

٣- بم أن الأم لها نفس المشاعر فلم يولد لها طفل توحدي وآخر طبيعي .

ومن هنا وللرد على افتراضات هذه النظرية من حيث تصنيف التوحد على أنه مرض عقلي جاءت المقارنة التالية بين التوحد كأحد الإعاقات والشيزوفرينيا كأحد الأمراض العقلية وهي كالتالي :

مقارنة بين "التوحد" كأحد الإعاقات

و "الشيزوفرينيا" كأحد الأمراض العقلية

التوحد	الشيزوفرينيا
يبدأ خلال السنوات الثلاث الأولى من العمر	يبدأ عند مرحلة المراهقة
٥٠% لديهم درجة أو أخرى من التأخر العقلي	ذكائهم عادي أو أعلى من المتوسط
لديهم تأخر في النمو اللغوي	ليس لديهم تأخر بجانب وجود هذيان
لا يحتاج التوحد إلى طبيب أو علاج	يحتاج إلى طبيب أو علاج
لا توجد معه هلاوس بصرية / سمعية / حسية	توجد معه هلاوس بصرية / سمعية / حسية

ويتضح من خلال الجدول السابق أنه لا يمكن تصنيف التوحد على أنه مرض عقلي وذلك ما أكد عليه الدليل الإحصائي التشخيصي"DSM III" عام ١٩٨٠ وصنفه على أنه أحد الإعاقات النمائية الشاملة .

من المصادفات العجيبة أكتشف العالم النمساوي *Hans Asperger* في فيينا بالنمسا عام ١٩٤٣ م حالات تختلف في سماتها وأعراضها عن حالات كانر المسماة بالتوحد، وقام بنشر بحثه باللغة الألمانية، ولم يتم التعرف عليه في أمريكا بسبب الحرب العالمية الثانية، وفي عام ١٩٨١ ألتقى أسبرجر بأحدي أطباء الأطفال الإنجليزية *Lorna Wing* والتي تعاني أبنتها من أعراض التوحد في أحدى اللقاءات العلمية في فيينا، وقامت بتلخيص بحثه ضمن سلسلة من دراسة الحالات كانت تقوم بإصدار تقارير دورية عنها باللغة الإنجليزية، وفي عام ١٩٩١ أصدر العالم البريطاني *Frith* كتابةً عن التوحد والاسبرجر الذي نشر فيه نتائج بحوث أسبرجر باللغة الإنجليزية، والتي كانت سابقاً تسمى التوحد ذو الأداء الوظيفي العالي *high functioning autism* أو أعاقة التوحد الخفيف *mild autism* ، ومن ثم عرفت تلك الحالة وسميت باسم مكتشفها " متلازمة أسبر جر *Asperger`s Syndrome*، بعد دراسة آلاف الحالات في أوروبا وأمريكا، مما برر اعتباره إعاقة مستقلة بالإضافة إلى التوحد تحت مظلة اضطرابات النمو الشائعة.

حالات أخرى سميت " متلازمة ريت "*Rett`s syndrome* باسم مكتشفها الطبيب النمساوي*Dr. Andreas Rett* ، الذي أكتشف وجود حالات تختلف في أعراضها وسماتها عن التوحد، وقام بمتابعة تلك الحالات لعدة سنوات، وكتب عن نتائج بحوثة مقالا في أحد الدوريات العلمية عام ١٩٦٥ باللغة الألمانية، فلم تثير مقالته أي اهتمام في الدوائر الطبية، وفي عام ١٩٨٥ قام الطبيب السويدي *Bengt Hagberg* بترجمة هذا المقال ونشره باللغة الإنجليزية، ثم قام هذان الطبيبان " بينجت وريت" بزيارة أمريكا ودراسة عدد من حالات الفتيات الأمريكيات، وأثناء زيارتهما لمعهد في مدينة بالتيمور بولاية ميريلاند أعلنا عن إصابة بعض الفتيات بنفس الأعراض والسمات، والتي عرفت بعد ذلك بمتلازمة ريت .

❖ **وقبل عام١٩٨٠ كانت الإعاقات المعروفة حينها هي** :

- الإعاقة الذهنية " داون "
- الإعاقة الحركية " الشلل الدماغي "
- الإعاقة الحسية " كف البصر – الصمم "
- الإعاقات المرضية المزمنة " السرطان – السل – أمراض القلب "

❖ **وفي عام ١٩٨٠ تم استبدال الإعاقة الذهنية بالإعاقات النمائية لتشمل** :

- الأوتيزم " إعاقة نمائية شاملة "
- فرط الحركة وتشتت الانتباه .
- الإعاقات الدراسية " بطئ التعلم – صعوبات التعلم " .

❖ الإعاقة النمائية المتخصصة (عسر القراءة "ديسلكسيا" – عسر الكتابة "ديسجرافيا

تعريف التوحد " الأوتيزم " :

هو أحد إعاقات النمو المؤثرة والمسببة في عجز الإنسان مدى الحياة وينتج عن خلل وظيفي في مكان ما بالجهاز العصبي المركزي ويترتب عليه قصور في فهم وتعلم واستعمال اللغة وكذلك التفاعل الاجتماعي مع الآخرين والبيئة المحيطة به.

وكلمة أوتيزم Autism هي مشتقة من كلمة يونانية وهي Autos وتعني " الذات – النفس " وهو ما يفسر التعريف السابق ويؤكد على الخلل الواضح لدى المصابين بالتوحد في التفاعل الاجتماعي فهم يتمركزون حول الذات ومن ثم يكون لديهم قصور في فهم وتعلم واستعمال اللغة .

❖ النظريات المفسرة للتوحد

❖ النظرية النفسية :

وقد سبق الحديث عنها في الجزء الخاص ببداية تفسير التوحد على يد الطبيب الأمريكي ليو كانر .

❖ النظرية العضوية :

❖ وهي التي تعزى ظهور التوحد نتيجة للأسباب الآتية :

- خلل عضوي في الجهاز العصبي المركزي .
- قلة كمية الدم التي تصل إلى المخ .
- تضخم المخيخ مما يؤدي إلى أنه لا يعمل بصورة جيدة .
- نقص أو ضمور في الفص الجبهي للمخ .

❖ النظرية الكيميائية :

والتي تقوم على أساس أن الاتصال بين الخلايا العصبية اتصال كيميائي ولذا فإن أي خلل في الموصلات العصبية الكيميائية ما بين الخلايا يؤدي إلى عدم أدائها لوظيفتها بصورة جيدة وبالتالي لا تعمل بكفاءة .

❖ النظرية الجينية :

وتفترض هذه النظرية أن هناك جين لا يسبب التوحد لدى الأب وآخر لدى الأم وعند تزاوجهما يندمج هذين الجينين فيولد طفل توحدي.

النظرية الحسية :

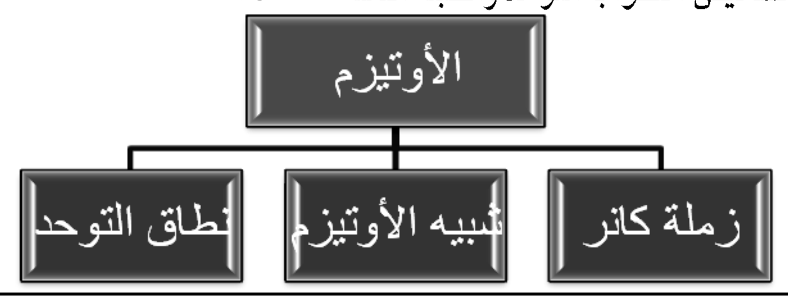
وتقوم هذه النظرية على أنه لا يوجد تكامل بين الحواس بعضها البعض **وتتصف** **بما يلي :**

- زيادة في الاستقبال الحسي لحاسة واحدة أو أكثر .
- نقص في الاستقبال الحسي لحاسة واحدة أو أكثر .
- زيادة ونقص في الاستقبال الحسي لحاسة واحدة أو أكثر .
- Mono channel استقبال القناة الواحدة .

❖ **تشخيص التوحد**

❖ **تطور تشخيص التوحد وفقا للدليل الإحصائي التشخيصي** " DSM " :

❖ **تشخيص اضطراب التوحد والطبعة الثالثة** DSM III



- الأوتيزم الكامل ولابد وأن تتوافر فيه الشروط التالية " زملة كانر "
  ١- لديه مشاكل في النمو الاجتماعي والقدرة على تكوين وفهم العلاقات الاجتماعية .
  ٢- لديه مشاكل في التواصل اللفظي وغير اللفظي .
  ٣- لديه مدى ضيق ومحدود للاهتمامات والأنشطة .
- **شبيه التوحد :** يتوافر فيه شرط أو اثنين من الشروط السابقة .
- **نطاق التوحد :** مجموعة من الزملات أو المتلازمات

أمثلة :

١- **زملة اسبرجر :** لديهم لغة جيدة – قدرات عقلية مرتفعة – مشاكل في التوافق الحركي " الأحمق حركيا "

٢- **زملة ريت :** والتي تصيب البنات فقط ومن سماتها

نمط حركي معين – عصر اليدين – تنمو لمدة سنة أو سنتين ثم تمر بمرحلة ثبات ثم تتدهور حركيا ثم ثبات ثم تتدهور وغالبا تتوفى .

❖ **تشخيص اضطراب التوحد و الطبعة الرابعة المعدلة " DSM IV "**

تضمنت الطبعة الرابعة المعدلة من هذا الدليل شمول اضطراب التوحد كفئة مستقلة ضمن مظلة ما يعرف باسم الاضطرابات النمائية الشاملة (*Pervasive Developmental Disorders-PDD*)

إلى جانب أربعة اضطرابات أخرى تتقاطع معه في بعض الأعراض السلوكية ولعل الآلية التي عرض فيها اضطراب التوحد في هذه الطبعة قد لاقت قبولا واسعا في الميدان لما لها من خصوصية توضيحية شاملة لجملة الأعراض السلوكية التي تميز اضطراب التوحد عن غيره من الفئات الأخرى ضمن نفس المظلة المقترحة .كما وأن هذه الطبعة قد وضحت جملة المعايير التشخيصية التي يجب الاستناد إليها عند تشخيص اضطراب التوحد (الجدول ١) .

وفي هذا السياق ، فإن الطبعة الرابعة المعدلة عرفت التوحد" بأنه قصور نوعي يظهر في ثلاثة مجالات نمائية هي :التفاعل الاجتماعي، والقدرة على التواصل (بنوعيه اللفظي وغير اللفظي)، وجملة من الأنماط السلوكية والاهتمامات والأنشطة المحدودة و التكرارية و النمطية " و التي يجب أن يكتمل ظهورها قبل سن الثالثة من العمر .

(الجدول رقم ١)

المحكات التشخيصية الخاصة باضطراب التوحد كما وردت في الطبعة الرابعة المعدلة للدليل الإحصائي والتشخيصي

(أ) ما مجموعه ٦ أو أكثر من الفقرات الواردة في البنود (١) و(٢) و(٣) بالإضافة إلى ٢ على الأقل من البند (١) و واحدة على الأقل لكل من البندين (٢) و(٣) التالية:

- **البند (١): قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي معبر عنه في اثنتين على الأقل مما يلي:**

١- قصور واضح في القدرة على استخدام المهارات غير اللفظية المتعددة والمتضمنة الأمثلة التالية التواصل العيني المباشر، وتعابير الوجه، والأوضاع الجسمية، والإيماءات لتنظيم آلية التفاعل الاجتماعي.

٢- الفشل في تطوير العلاقات مع الرفاق بصورة تتناسب مع العمر الزمني.

٣- ضعف القدرة التلقائية على مشاركة المتعة و الانجاز والاهتمامات مع الآخرين و ذلك من خلال ضعف القدرة على عرض أو إحضار (جلب) أو الإشارة إلى الأشياء قيد الاهتمام.

٤- نقص التفاعل الاجتماعي و الانفعالي المتبادل و الذي قد يبدو في نقص القدرة على الارتباط بالآخرين أو إدراك حالاتهم الانفعالية.

- **البند(٢):قصور نوعي في التواصل معبر عنه في واحد على الأقل مما يلي :**

١- تأخر او نقص كلي في اللغة المنطوقة او القدرة على الحديث.

٢- عدم القدرة على إنشاء المحادثات مع الآخرين أو الإستمرار بها.

٣- الإستخدام النمطي و التكراري للغة أو استخدام لغة فردية خاصة بالطفل غير مفهومة.

٤- النقص في القدرة على اللعب الإيهامي التلقائي (العفوي) أو اللعب الاجتماعي المقلد و المناسب للعمر الزمني.

- **البند (٣) : أنماط سلوكية و إهتمامات و أنشطة محدودة تكرارية و نمطية معبر عنها في واحدة على الأقل مما يلي:**

١- الإنشغال الزائد في واحدة أو أكثر من الإهتمامات النمطية والمحدودة التي تبدو غير إعتيادية من حيث مستوى شدتها و نوعية تركيزها.

٢- الالتزام الجامد (غير المرن) غير الوظيفي بعدد من الحركات الروتينية أو الطقوسية.

٣- حركات جسمية نمطية و تكرارية مثل(رفرفة اليدين ، النقر بالأصابع).

٤- الانشغال الزائد عن الحد بأجزاء الأشياء.

(ب) تأخر أو أداء غير طبيعي في واحدة على الأقل من المجالات التالية مع ضرورة ظهور ذلك قبل سن ٣ سنوات:

١- التفاعل الاجتماعي.

٢- اللغة كما تستخدم في التواصل الإجتماعي.

٣- اللعب الرمزي أو التخيلي.

(جـ) لا ينسب هذا الإضطراب الى عرض ريت أو اضطراب التفكك (الارتداد) الطفولي .

❖ تشخيص اضطراب التوحد و الطبعة الخامسة " DSM V "

لعل التطورات الحديثة التي طرأت على آلية فهمنا للفئات التي تتدرج ضمن مسمى الاضطرابات النمائية الشاملة (*PDD*) والتي وردت في الطبعة الرابعة المعدلة للدليل بالغ الأثر في أحداث تغيير جوهري في هذه الفئة ولعل من الأمثلة على ذلك هو الاتفاق بأن

متلازمة ريت لم تعد اضطرابا معرفا سلوكيا كغيرها من باقي الفئات وإنما قد أصبحت اضطرابا معرفا جينيا نظرا لتوصل العلماء للجين المسبب لحدوثها "*Mecp* ٢ "

لذا فإن الطبعة الخامسة قد استثنت هذه المتلازمة كواحدة من فئات اضطراب طيف التوحد ولعل اهتمام العلماء الزائد في آليات تشخيص اضطراب التوحد وغيره من الاضطرابات تشخيصا دقيقا يهدف إلى إزالة الغموض و التقاطع بين هذه الاضطرابات، دفع اللجنة العلمية التي تولت إعداد الطبعة الخامسة إلى تغيير مسمى الفئة ومعايير تشخيصها .

وبناء على ذلك فإن الطبعة الخامسة للدليل الإحصائي تستخدم الآن مسمى جديد هو **اضطراب طيف التوحد** (*ASD*) والذي يجمع ما كان يعرف سابقا باضطراب التوحد (*D*، ومتلازمة أسبرجر (*Asperger* Syndrome)، واضطراب التفكك الطفولي (*CDD*)، و الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد (*PDD NOS*) ضمن مسمى واحد على شكل متصلة تختلف مكوناتها باختلاف عدد و شدة الأعراض كما أن الطبعة الخامسة من الدليل قد أوردت اضطراب طيف التوحد ضمن مظلة الاضطرابات النمائية العصبية (*Neurodevelopmental Disorders*) والتي تتضمن الفئات التالية إلى جانب فئة اضطرابات طيف التوحد: الاضطرابات العقلية (*Intellectual Disabilities*)، واضطرابات التواصل (Communication Disorders)، وضعف الانتباه والنشاط الزائد (*ADHD*)، وصعوبات التعلم المحددة(*Specific LD*) ، والاضطرابات الحركية (*Motor Disorders)*

❖ أهم التغيرات التي طرأت على فئة اضطراب التوحد وفقا للمعايير الجديدة:

١) استخدام تسمية تشخيصية موحدة **(*Single Diagnosis*)**

تضمنت المعايير الجديدة توظيفا لمسمى موحد هو " اضطراب طيف التوحد - *Autism Spectrum Disorder (ASD*) حيث يتضمن هذا المسمى كلا من " اضطراب التوحد، ومتلازمة أسبرجر والاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة و اضطراب التفكك

الطفو لي (والتي كانت فئات أو اضطرابات منفصلة عن بعضها البعض في الطبعة الرابعة المعدلة من *DSM*)

حيث تم تجميعها في فئة واحدة دون الفصل بينها . كما وتضمنت المعايير الجديدة إسقاط متلازمة ريت من فئة اضطراب طيف التوحد . ولعل التعليل الذي تم تقديمه من قبل لجنة إعداد هذه المعايير الجديدة يكمن في أن هذه الفئات أو الاضطرابات لا تختلف عن بعضها البعض من حيث معايير تشخيصها وإنما اختلافها يكمن في درجة شدة الأعراض السلوكية، ومستوى اللغة، و درجة الذكاء لدى أفرادها . لذا، فإن الدليل قد عمد إلى جمعها

في فئة واحدة لا تختلف في آلية تشخيصها .كما وأن اللجنة تبرر إسقاط متلازمة ريت لكونها متلازمة جينية قد تم اكتشاف الجين المسبب لها .

كما أن الدليل قد فرض على المشخصين تحديد ما يعرف بمستوى الشدة *(Level of Severity)* و التي يتم بناء عليها تحديد مستوى ونوع الدعم الخدمي و ألتأهيلي *(Level of Support)* الذي يجب العمل على تقديمه لتحقيق أقصى درجات الاستقلالية الوظيفية في الحياة اليومية.

٢) **التشخيص استنادا على معيارين أثنين بدلا من ثلاثة معايير :**

تضمنت المعايير الجديدة الاستناد إلى معيارين أثنين في عملية التشخيص بدلا من المعايير الثلاثة التشخيصية التي كانت مستخدمة من قبل الطبعة الرابعة المعدلة .حيث تتضمن المعايير الجديدة التشخيص وفقا لمعياري القصور في التواصل الاجتماعي *Social Communication*، التفاعل الاجتماعي *Social Interaction*

و الصعوبات في الأنماط السلوكية و الاهتمامات و الأنشطة المحدودة و التكرارية و النمطية . ويكمن الفرق هنا عن الطبعة الرابعة المعدلة، في أن الطبعة المعدلة كانت تستخدم معيارا ثالثا وهو القصور النوعي في التواصل.

٣) **عدد الأعراض التي يتم التشخيص بناء عليها** *(Number of Diagnostic Symptoms)*

تضمنت المعايير الجديدة ما مجموعه ٧ أعراض سلوكية موزعة كما يلي :٣ أعراض في المعيار الأول و ٤ أعراض في المعيار الثاني .وعلى العكس من ذلك، فقد استخدمت المعايير القديمة ١٢ عرضا سلوكيا موزعة على شكل ٤ أعراض سلوكية لكل معيار تشخيصي.

٤) تحديد مستوى شدة الأعراض *(Identification of Severity Levels)*

تشترط المعايير الجديدة على المشخصين تحديد مستوى شدة الأعراض لأغراض تحديد مستوى ونوع الدعم الخدمي و ألتأهيلي (*Level of Support*) الذي يجب العمل على تقديمه لتحقيق أقصى درجات الاستقلالية الوظيفية في الحياة اليومية .وتوظف المعايير الجديدة ثلاثة مستويات لهذه الشدة لكل معيار تشخيصي (الجدول رقم ٢) وعلى العكس من ذلك، فلم توظف المعايير القديمة مثل هذا الإجراء في تحديد مستوى الشدة .و لعل السبب من وراء إضافة هذا الشرط يكمن في الدمج الذي تضمنته المعايير الجديدة لفئتي متلازمة اسبرجر و الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة و التي كانت فئتين منفصلتين عن بعضهما وعن التوحد في الطبعة الرابعة.

٥) المدى العمري **(*Age of Onset*)**

تضمنت المعايير الجديدة توسيعا للمدى العمري الذي تظهر فيه الأعراض لتشمل عمر الطفولة المبكرة والممتد حتى عمر ٨ سنوات بدلا عن المدى العمري المستخدم من قبل المعايير القديمة و هو عمر ٣ سنوات.

٦) الاستجابات غير الاعتيادية للمدخلات الحسية **(*Hyper/Hypo-reactivity to Sensory Inputs*)**

تضمنت المعايير الجديدة في بعدها الثاني (المعيار الثاني) الإشارة إلى الاستجابات غير الاعتيادية للمدخلات الحسية كواحدة من الأعراض السلوكية التي إن وجدت لدى الطفل فهي تعتبر أساسية في تشخيصه، وعلى العكس من ذلك فلم تستخدم المعايير القديمة مثل هذا العرض كواحد من الأعراض الأساسية وإنما جرت العادة في الميدان أن يكون من الأعراض المساندة.

٧) الاضطرابات المصاحبة **(*Accompanying Disorders*)**

اشترطت المعايير الجديدة على المشخصين تحديد مدى وجود اضطرابات أخرى مصاحبة لاضطراب طيف التوحد لدى الطفل عند التشخيص (الجدول رقم ٢) وهو شرط لم تذكره المعايير القديمة كشرط تشخيصي وإنما أوصى به الميدان عند الحاجة إليه.

٨) اقتراح فئة تشخيصية جديدة هي فئة اضطراب التواصل الاجتماعي (***Social Communication Disorder***)

أضافت الطبعة الخامسة من الدليل فئة تشخيصية أخرى تعرف باسم اضطراب التواصل الاجتماعي والتي تعتبر التشخيص المناسب للطفل الذي تنطبق عليه الأعراض السلوكية ضمن البعد (المعيار) الأول لفئة اضطراب طيف التوحد ولا تتواجد لديه الأعراض السلوكية في البعد (المعيار) الثاني.

وبذلك، فإن انطباق الأعراض في كلا البعدين يسبب التشخيص باضطراب طيف التوحد، في حين أن انطباق الأعراض في المعيار الأول فقط يسبب التشخيص باضطراب التواصل الاجتماعي حيث من المتوقع أن الأطفال المشخصين بالاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة *PDD NOS* يمكن أن يشخصوا ضمن هذه الفئة .

٩) عدم الحاجة إلى التشخيص الفار قي ضمن طيف التوحد

حيث أن التغييرات التي طرأت على المفهوم البنائي للفئة قد قدمت مفهوم متصلة التوحد بعد استثنائها لفئتي متلازمة ريت واضطراب التفكك الطفولي ودمجها لفئات اضطراب التوحد و متلازمة اسبرجر و الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة ضمن فئة واحدة هي اضطرابات طيف التوحد .لذا، فإن المشخصين العاملين في الميدان ليسوا معنيين بقضية تفريق اضطراب التوحد عن غيره من الاضطرابات التي كانت قديما تشاركه بنفس المعايير التشخيصية، وإنما يتوجب عليهم تقدير مستوى الشدة لتحديد الدعم المراد تقديمه وفقا لمستوى شدة الأعراض.

كما أن المعايير الجديدة قد تناولت في شقها الثاني ضرورة العمل على تأكيد وجود الاضطرابات المصاحبة لاضطرابات طيف التوحد وليس تفريقها عنه .فالمعايير الجديدة تؤكد إمكانية المصاحبة لإعاقات أخرى ويتوجب على المشخصين توضيح تلك الاضطرابات عند انطباق معاييرها التشخيصية ومصاحبتها للتوحد.

١٠) التوجه نحو التشخيص الذي يقود إلى تحديد الخدمات المراد تقديمها

يمثل تركيز المعايير الجديدة في شقها الثالث على ضرورة تحديد مستوى الخدمات (الدعم) نهجا جديدا نحو ربط التشخيص بتحديد مستويات الدعم المطلوبة .ولعل هذا التوجه لم يتواجد في الطبعة الرابعة

المعدلة حيث كان توجه تلك الطبعة تشخيصيا فقط .

الجدول رقم (٢) ملخص لأهم الفروق بين المعايير التشخيصية القديمة و المعايير التشخيصية الجديدة

معيار المقارنة	DSM IV	DSM V
مسمى الفئة	الاضطراب النمائية الشاملة (PDD)	اضطراب طيف التوحد (ASD)
بنية الفئة	مظلة لخمسة اضطرابات نمائية متقاطعة في الأعراض	متصلة لثلاثة فئات ممتدة وفقا لمستوى شدة الأعراض
مكونات الفئة	خمسة اضطرابات هي : التوحد، اسبرجر، ريت، الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة، اضطراب التفكك الطفو لي	فئة واحدة متصلة تتضمن ما كان يعرف بـ التوحد ، واسبرجر، و الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة ضمن فئة واحدة فقط
محكات التشخيص	ثلاثة محكات :التفاعل الاجتماعي، التواصل، السلوكيات النمطية	محكين : التفاعل و التواصل الاجتماعي، السلوكيات النمطية
مستوى الشدة	خمسة اضطرابات منفصلة تمثل اختلافا في شدة الأعراض	تحديد مستوى الشدة وفقا لثلاثة مستويات ضمن فئة واحدة
المصاحبة لإعاقات أخرى	غير محددة	محددة : الإعاقة العقلية اضطرابات اللغة، الحالات الطبية و الجينية، اضطرابات السلوك
المدى العمري لظهور الأعراض	٣ سنوات	الطفولة المبكر (٨سنوات)

❖ السمات المميزة للطفل ألتوحدي وتفسيرها

١) عدم وجود اتصال بصري:

التفسير :

- أن الطفل ألتوحدي لا يستطيع تحمل كمية الضوء المباشر لوجهه لذا فإنه. يحاول أن يتجه الاتجاه المريح له من حيث الرؤية وهي النظرة الجانبية .
- عدم ارتياحه للألوان وخاصة الألوان الزاهية .

- يهتم بالجزء وليس بالكل .
- لديه مشكلة في الحلاقة وذلك بسبب لمعة المرايا في صالون الحلاقة نتيجة الضوء الساقط عليها .
- يروا في الظلام أحسن من الأطفال الطبيعيين .
- يركز في الصور الصغيرة أفضل من الصور الكبيرة .

٢) الحركات التكرارية :

أمثلة: هز الرأس –غمز العين– حركة الأصابع أمام العين –الرفرفة– الأرجحة.

التفسير : في هذه الحالة يسترجع الطفل حركاته أثناء فترة تواجده في رحم الأم وتنتج هذه الحركات عن : الشعور بالفراغ – الخوف والقلق وهناك مادة الأندر وفين *Endorphins* تساعد على تقليل الخوف ، كما أنه يجب أن نشغل وقت فراغه بأنشطة يحبها .

٣) المقاومة للتغيير :

التفسير : وذلك نتيجة عدم القدرة على التكيف / قصور في الإدراك.

ويجب في هذه الحالة أن يمر الطفل بالكثير من التجارب حتى يتعود عليها وبعد ذلك يتم تعميمها .

طرق التدخل العلاجي مع الطفل ألتوحدي

لكي يكون التدخل العلاجي فعالا ويؤتي ثماره على نحو ما يفيد ينبغي أن يبدأ مبكرا لأن الكشف والتشخيص المبكر والمبادرة بتنفيذ برنامج العلاج والتأهيل المناسب يوفر فرصا أكثر فاعلية للشفاء المستهدف أو تخفيف شدة الأعراض وقد أشارت العديد من الأبحاث إلى أن التدخلات العلاجية التي تحدث قبل سن الخامسة تكون أكثر فاعلية وأكثر تأثيرا في نمو الطفل ألتوحدي .

وهناك مجموعة من المبادئ التي ينبغي مراعاتها في استخدام أي برنامج علاجي وهي :

١) التركيز على تطوير المهارات وخفض المظاهر السلوكية غير الكيفية .

٢) تلبية الاحتياجات الفردية للطفل وتنفيذ ذلك بطريقة شمولية ومنتظمة وبعيدة عن العشوائية .

٣) مراعاة أن يكون التدريب بشكل فردي وضمن مجموعة صغيرة .

٤) مراعاة أن يتم العمل على مدار العام .

٥) مراعاة تنويع الأساليب المستخدمة في التدريب .

٦) مراعاة أن يكون الوالدين جزء من القائمين بالتدخل .

وكما أن أشرنا إلى تعدد النظريات المفسرة للإصابة بالتوحد تعددت أيضا الأساليب العلاجية المستخدمة في التخفيف من آثار وأعراض التوحد **ونذكرها فيما يلي :**

أولا : أساليب التدخل النفسي

والتي تستند إلى ما قدمه ليو كانر ١٩٤٣ " مكتشف التوحد " أن سبب الإصابة بالتوحد يرجع إلى وجود قصور في العلاقة الانفعالية والتواصلية بين الوالدين " وخاصة الأم " والطفل وبذلك نظر للآباء خلال عقدين من الزمن على أنهم السبب في حدوث اضطراب التوحد لدى أطفالهم ، إلى أن جاءت الطبيبة النفسية *Martha Welch* وابتكرت أسلوب العلاج بالعناق "*Holding Therapy*" والذي يعمل على تكسير الحاجز بين الأم وطفلها عن طريق عمل جلسات جماعية يحتضن فيها الأمهات أطفالهن لمدة ٤٥ دقيقة .

مزاياه:	عيوبه:
• يقلل من حساسية اللمس لدى الأطفال . • يعمل على المساندة الوجدانية والنفسية لتواجد العديد من السر في مكان واحد . • إفراز هرمون الإندروفين نتيجة الإجهاد الشديد فيتم تقليل الإحساس بالخوف والقلق .	• زيادة حساسية السمع نتيجة صراخ الأطفال • استخدام كلمات وألفاظ غير مفهومة للطفل فيزيد الإحباط لديه . • تعميم العناق على جميع المشكلات التي تواجه الطفل .

ثانيا : أساليب التدخل السلوكي

تعد برامج التدخل السلوكي هي الأكثر شيوعا واستخداما وفاعلية في العالم حيث تركز على جوانب القصور الواضحة التي تحدث نتيجة اضطراب التوحد وتكمن **أهميتها فيما يلي :**

١- أنها مبنية على مبادئ يمكن أن يتعلمها الناس غير المهنيين ويطبقونها بشكل سليم بعد تدريب وإعداد لا يستغرقان وقت طويل وهو ما يسهم بشكل كبير في تدريب الوالدين خاصة على تطبيقه مع الطفل .

٢- يمكن قياس تأثيرها بشكل علمي واضح ودون عناء كبير أو تأثير بالعوامل الشخصية التي غالبا ما تتدخل في نتائج القياس .

٣- نظرا لعدم وجود اتفاق على أسباب حدوث التوحد فإن هذه الأساليب لا تعير اهتماما للأسباب وإنما تهتم بالظاهرة ذاتها .

وهناك العديد من البرامج التي تندرج تحت هذا النوع من الأساليب نلخصها فيما يلي :

١) برنامج لوفاس:

ويسمى أحيانا تحليل السلوك التطبيقي"*Applied Behavior Analysis*" ومبتكر هذا الأسلوب العلاجي هو*Ivor Lovaas* عام١٩٧٨ وهو أستاذ الطب النفسي بجامعة لوس أنجلوس وهذا النوع من التدخل قائم على النظرية السلوكية والاستجابة الشرطية بشكل مكثف فيجب ألا تقل مدة العلاج عن ٤٠ ساعة في الأسبوع ولمدة عامين على الأقل، وينقسم إلى ثلاثة مناهج تتفق وشدة أعراض التوحد لدى الطفل على النحو التالي :-

المنهج المبدئي ويضم المجالات الآتية	المنهج المتوسط ويضم المجالات الآتية	المنهج المتقدم ويضم المجالات الآتية
* الحضور والانتباه "٤ أهداف"	* الحضور والانتباه "٤ أهداف "	* الحضور والانتباه"٢هدف "
* التقليد " ٤ أهداف "	* التقليد " ٦ أهداف "	* التقليد "٣ أهداف"
* فهم اللغة " ١٢ هدف"	* فهم اللغة " ١٩ هدف	* فهم اللغة "١٣هدف"
* اللغة التعبيرية"١٤ هدف "	* اللغة التعبيرية"٣١هدف"	*اللغة التعبيرية"١٩هدف "
* ما قبل الأكاديمي"١٢هدف"	*ما قبل الأكاديمي"١٥ هدف"	* اللغة المجردة"١١هدف"
* رعاية الذات"٨ أهداف "	* رعاية الذات"٨ أهداف"	* الأكاديمي"١٥ هدف"
		*الاجتماعي"١٠ أهداف"
		*الإعداد للمدرسة"٩ أهداف"
		* رعاية الذات " ٣ أهداف "

٢) برنامج معالجة وتعليم التوحديين وذوي إعاقات التواصل" ***TEACCH " Treatment and Education of Autistic and Related Communication Children Handicapped***

وهذا البرنامج من إعداد إيريك شويلر وزملائه في ولاية نورث كارولينا في أوائل السبعينات ويشتمل على مجموعة من الجوانب العلاجية اللغوية والسلوكية ويتم التعامل مع كل منها بشكل فردي .

كما يقدم أيضا خدمات التشخيص والتقييم لحالات التوحد ويعطي اهتماما كبيرا للبناء التنظيمي للعملية التعليمية الذي يؤدي إلى تنمية مهارات الحياة اليومية والاجتماعية عن طريق الإكثار من استخدام المثيرات البصرية التي يتميز بها الطفل التوحدي .

٣) العلاج بالحياة اليومية " ***DLT*** " ***Daily Life Therapy***

ابتكر هذا الأسلوب من العلاج الطبيبة *Kiyo Kitahara* من اليابان ولها مدرسة في ولاية بوسطن تحمل هذا الاسم ويطلق على هذا الأسلوب مدرسة هيجاش وهي كلمة باليابانية تعني الحياة اليومية وينتشر هذا النوع من العلاج في اليابان ويتم بشكل جماعي ويقوم على افتراض مؤداه أن الطفل المصاب بالتوحد لديه معدل عالي من القلق ، فهو يركز على التدريبات البدنية والذي يطلق فيها هرمون الأندر وفين *Endorphins* التي تحكم القلق والإحباط بالإضافة إلى كثير من الموسيقى مع السيطرة على سلوكيات الطفل غير المناسبة ولكن هذا النوع من العلاج مازال موضع بحث ولم يتم التأكد بعد من مدى فاعليته .

٤) برنامج استخدام الصور في التواصل " ***PECS*** " ***Picture Exchange Communication System***

نشأت فكرة هذا البرنامج عن طريق *Bondy Forst* عام ١٩٩٤ ويتم في هذا البرنامج استخدام صور كبديل عن الكلام ولذلك فهو مناسب فقط للتوحديين الذين يعانون من عجز لغوي حيث يتم البدء في التواصل عن طريق تبادل صور تمثل ما يرغب فيع الطفل مع الشخص الأخر " الأب ، الأم، المدرس " حيث ينبغي على هذا الآخر أن يتجاوب مع الطفل ويساعده على تنفيذ رغباته ويستخدم الطفل في هذا البرنامج رموزا أو صورا وظيفية رمزية في التواصل " طفل يأكل ، يشرب ، يقضي حاجته ، يقرأ ...... الخ "



٥) العلاج بالتكامل السمعي " *Auditory Integration Therapy "AIT*

وقد ابتكر هذه الطريقة *Berard* عام ١٩٩٣ وافترض في هذا النوع من العلاج أن الأشخاص التوحديين مصابين بحساسية في السمع " فهم إما مفرطين في الحساسية أو لديهم نقص في الحساسية السمعية " ولذلك فإن طريقة العلاج هذه تقوم على تحسين قدرة السمع لدى هؤلاء عن طريق عمل فحص سمع أولا ثم يتم وضع سماعات على آذان الأطفال بحيث يستمعون لموسيقى تم ترتيبها بشكل متسلسل حيث تؤدي إلى تقليل الحساسية المفرطة أو زيادة الحساسية في حالة نقصها . ويشمل الاستماع لهذه الموسيقى مدة ١٠ ساعات في الأسبوع بواقع جلستين يوميا كل جلسة لمدة ٣٠ دقيقة .

٦) العلاج بالتكامل الحسي " *Sensory Integration Therapy "SIT*

أول من بحث في هذا النوع من العلاج هي Jane Ayers ويقوم على أساس أن الجهاز العصبي يقوم بربط وتكامل جميع الحواس الصادرة من الجسم وبالتالي فإن أي خلل في ربط أو تجانس هذه الحواس مثل " الشم ، السمع ، البصر ، التذوق ، اللمس ، التوازن " قد يؤدي إلى أعراض التوحد وهذا النوع من العلاج قائم على تحليل هذه الحواس ومن ثم العمل على توازنها .

ثالثا : أساليب التدخل الطبي.

مع ازدياد القناعة بأن العوامل البيولوجية قد تلعب دورا في حدوث الإصابة بالتوحد فإن المحاولات جادة لاكتشاف الأدوية الملائمة لعلاجه وحتى الآن لا يوجد علاج طبي يؤدي بشكل واضح إلى تحسن الأعراض الأساسية المصاحبة للإصابة بالتوحد،

والعلاج الطبي يمكن أن يقدم المساعدة في تقليل المستويات المرتفعة من الإثارة والقلق ويقلل من السلوك التخريبي أو ألتدميري ولكنه لا يؤثر في جوانب القصور الأساسية ويمكن أن يؤدي إلى مشكلات أسوأ ولذلك يجب تجنبه إن أمكن أو استخدامه بحذر.

وهناك العديد من العقاقير التي تستخدم مع الأطفال التوحديين مثل العقاقير المنبهة ومنشطات الأعصاب ومضادات الاكتئاب والعقاقير المضادة للقلق والعقاقير المضادة للتشنجات .

رابعا : أساليب العلاج بالفيتامينات:

أشارت بعض الدراسات إلى أن استخدام العلاج ببعض الفيتامينات ينتج عنه تحسنا في السلوكيات فقد أجريت في فرنسا دراسة عام ١٩٨٢ وأشارت نتائجها إلى أن العلاج بفيتامين ب٦ ينتج عنه تحسنات سلوكية في ١٥ طفل من مجموعة قوامها ٤٤ طفل توحدي وفي دراسات أخرى في عام ١٩٨٨ قررت أن خلط فيتامين ب٦ مع الماغنسيوم ينتج عنها تحسنا أفضل من استخدام فيتامين ب بمفرده .

خامسا : العلاج بالحمية الغذائية

أشار بعض الباحثين إلى أن الدور الذي يلعبه الغذاء والحساسية المخية له في حياة الطفل الذي يعاني من التوحد دور بالغ الأهمية، والمقصود بالحساسية المخية هو التأثير السلبي على المخ والذي يحدث بفعل الحساسية للغذاء والتي تؤدي إلى انتفاخ أنسجة المخ والتهابات مما يؤدي إلى اضطرابات في التعلم والسلوك ولعل من أهم هذه المواد الغذائية التي تسبب هذا النوع من الاضطرابات هي : اللوز – التفاح – البرقوق – الفراولة – التوت – الكريز – العنب – البرتقال – الطماطم – اليوسفي – مكسبات الطعم – مرقه الدجاج – النكهات – الشيبسي – الشيكولاتة – الحلويات – البيبسي ومادة الكولا .

وبالإضافة إلى ذلك فهناك بعض المواد الأخرى التي ينتج عنها نفس الأثر في ظهور هذه الاضطرابات وهي

مادة الفينول الموجودة في الشامبو ومعجون الأسنان – مادة الرصاص الموجودة في عوادم السيارات / الدهانات القديمة / شم رائحة ورق الجرائد / القلم الرصاص .

كما أن هناك إحدى الدراسات التي ربطت ظهور مثل هذه الاضطرابات بعدم قدرة الجسد على تكسير بعض البروتينات مثل **الجلوتين** والذي يوجد في القمح والشعير **والكازين** الذي يوجد في لبن الأبقار ولبن الأم.

ولذلك فإن مفتاح المعالجة الناجحة في هذا النوع من العلاج هو معرفة المواد المسببة لهذه الاضطرابات والامتناع عن التعرض لها أو تناولها .

الفصل الثاني
التوحد و تعريفاته

التوحد هو أحد الاضطرابات النمائية المعقدة التي تصيب الأطفال وتعيق تواصلهم الاجتماعي واللفظي وغير اللفظي كما تعيق نشاطهم التخيلي وتفاعلاتهم الاجتماعية المتبادلة ويظهر هذا الاضطراب خلال الثلاث السنوات الأولى من عمر الطفل وتكون أعراضه واضحة تماماً في الثلاثين شهراً من عمر الطفل الذي يبدأ في تطوير سلوكيات شاذة وأنماط متكررة والانطواء على الذات .[1]

وحتى نفهم خلفيات هذا الاضطراب فلنعرج سريعاً على تاريخ هذا الاضطراب لأن معرفة التاريخ التطوري لاضطراب التوحد يعطينا فهماً أكثر شمولية لبداية ظهور الاضطراب واكتشافه والمراحل التي مر بها وخصائص كل مرحلة وكذلك ما توصلت إليه البحوث والدراسات في محاولاتها للإلمام بكافة جوانب هذا الاضطراب.

إن مصطلح التوحد هو ترجمة للكلمة الإغريقية (*autos*) أي الذات الأنا التي تشير إلى الانطواء والتوحد مع الذات وقد استعمل العالم (بلولير ايغون) وهو عالم وطبيب سويسري ولد في زيورخ ١٨٥٧-١٩٣٩م - مفهوم السلوك التوحدي لأول مرة عام ١٩١١م كدالة على الانفصام الشخصي بالرغم من الاختلافات الشديدة بين الاضطرابيين .[2]

❖ معنى التوحد

يظهر التوحد بوضوح في السنوات الثلاث الأولى من الحياة ، ويعرف التوحد بأنه عجز يعيق تطوير المهارات الاجتماعية والتواصل اللفظي وغير اللفظي واللعب

---

١ (مجلة المنال ع ١٩٣ ابريل ٢٠٠٥م السنة ١٨ ، ٢٠)
٢ ماجد السيد علي عمارة (٢٠٠٥م) ، إعاقة التوحد ، ط/١، القاهرة:مكتبة زهراء الشرق .

التخيلي والإبداعي وهو نتيجة اضطراب عصبي يؤثر على الطريقة التي يتم من خلالها جمع المعلومات ومعالجتها بواسطة الدماغ مسببة مشكلات في المهارات الاجتماعية تتمثل في عدم القدرة على الارتباط وخلق علاقات مع الأفراد ، وعدم القدرة على اللعب واستخدام وقت الفراغ ، وعدم القدرة على التصور البناء والملائمة التخيلية

مهارات التواصل فهي تكمن في عدم القدرة على التعبير عن الذات تلقائيا وبطريقة وظيفية ملائمة،و عدم القدرة على فهم ما يقوله الآخرون ، عدم القدرة على استخدام مهارات أخرى بجانب المهارات اللفظية لمساعدة الفرد في القدرة على التواصل .

أما مشاكل التأقلم مع البيئة فهي تكمن في عدم القدرة على القيام بعمل وأداء وظيفي بفاعلية في البيئة ، وعدم القدرة على مسايرة وتحمل التغييرات في البيئة والتعامل معها بالإضافة إلى عدم القدرة على تحمل تدخلات الأفراد الآخرين .

❖ تعريف الجمعية الأمريكية للتوحد.

التوحد نوع من الاضطرابات التطورية (النمائية) و الذي يظهر خلال الثلاث سنوات الأولي من عمر الطفل حيث ينتج هذا الاضطراب عن خلل في الجهاز العصبي يؤثر بدوره علي وظائف المخ و بالتالي يؤثر علي مختلف نواحي النمو.

❖ فيؤدي إلى:

١) قصور في التفاعل الاجتماعي.

٢) قصور في الاتصال سواء كان لفظيا أم غير لفظيا.

٣) و هؤلاء الأطفال يستجيبون دائما إلى الأشياء أكثر من استجابتهم إلى الأشخاص ويضطرب هؤلاء الأطفال من إي تغيير يحدث في بيئتهم ودائما يكررون حركات بدنية أو مقاطع من الكلمات بطريقة إليه متكررة.

كيف يتم التعرف على التوحد

في عام ١٩٤٣ م كتب الطبيب النفسي ليوكانر *Leo Kanner* مقالة تصف أحدى عشر مريضاً تابع حالتهم على مدى سنوات في عيادته، هؤلاء الأطفال كانوا يتصفون بمجموعة من الأعراض المرضية تختلف عن الأعراض النفسية التي تعود على متابعتها أو قرأ عنها في المنشورات والكتب الطبية، وقد أستعمل مصطلح التوحد *Autism* لأول مرة للتعبير عنها، وتتابعت البحوث والدراسات في محاولة لإجلاء الغموض عنه.

نسبة شيوع إعاقة التوحد عالميا

تقدر نسبة شيوع التوحد تقريبا ٤ – ٥ حالات توحد كلاسيكية في كل ١٠.٠٠٠ مولود ومن ١٤ – ٢٠ حالة (أسبيرجر) توحد ذا كفاءة أعلى كما أنه أكثر شيوعا في الأولاد عن البنات أي بنسبة . ١:٤ وللتوحيديين دورة حياة طبيعية كما أن بعض أنواع السلوك المرتبطة بالمصابين قد تتغير أو تختفي بمرور الزمن ويوجد التوحد في جميع أنحاء العالم وفي جميع الطبقات العرقية والاجتماعية في العائلات . وبناءا على النسبة العالمية فانه ما لا يقل عن ٣٠٠٠٠ حالة توحد ولأتزيد في معظم الأحوال عن ٤٢٥٠٠ حالة في المملكة العربية السعودية وهي إحصائية غير رسمية لتقدير حجم الخدمات المساندة المطلوب تقديمها للتوحيديين وأسرهم.

❖ الأعراض السلوكية الشائعة للتوحد

إن الطفل المصاب بالتوحد هو طفل تصعب إدارته وذلك بسبب سلوكياته ذات التحدي وبالرغم من هذا فإن السلوكيات الصعبة التي يبديها الطفل ألتوحدي هي عقبة ثانوية للتوحد، والتوحد ليس فقط مجموعة من السلوكيات العديمة الهدف والغريبة والشاذة والفوضوية ولكنه مجموعة من نواقص خطيرة تجعل الطفل قلقلا ، غاضبا ، محبطا مربكا ، خائفا ومفرط الحساسية ، وتحدث السلوكيات الصعبة لأنها هي الطريق الوحيدة التي يستجيب عبرها الطفل للأحاسيس الغير السارة وهي نفس النواقص التي تجعل تلك الأحاسيس تمنع الطفل أيضا من التعبير والتعامل معها بطريقة مناسبة .

وتحدث السلوكيات بسبب إن الطفل يحاول إيصال رسالة ما إلى الآخرين فيستخدم هذه السلوكيات الشاذة ليصل إلى احتياجاته ورغباته أو بما يحسه وما يطلبه من تغيير فيما حوله أو كطريقة للمسايرة والتعامل مع الإحباط . **وتتلخص بعض هذه السلوكيات في** :-

- ✓ مقاومة التغير .
- ✓ السلوك الاستحواذي والنمطي .
- ✓ السلوك العدواني وإيذاء الذات.
- ✓ سلوك العزلة والمقاطعة .
- ✓ نوبات الغضب .
- ✓ المناورة مع الأفراد والبيئة المحيطة .
- ✓ الضحك والقهقهة دون سبب .
- ✓ الاستثارة الذاتية.
- ✓ عدم إدراك المخاطر.

❖ ما الفئات التي يمكن أن تصاب بالتوحد(الأوتيزم)؟

التوحد(الأوتيزم) أحد الاضطرابات النمائية واسعة الانتشار *pervasive developmental disorders* (*PDD*)، والتي يشار إليها الآن باستخدام توصيف جديد هو اضطرابات التوحد واسع النطاق أو واسع المجال *autism spectrum disorders* (*ASD*)..يمكن أن يصيب الأفراد من مختلف الجنسيات والخلفيات العرقية والمستويات الاقتصادية الاجتماعية.

وتشير التقديرات الحالية أن حوالي ٤٠٠,٠٠٠ فرد في الولايات المتّحدة مصابون بالتوحد(الأوتيزم) ، وتزيد الإصابة به في الذكور عن الإناث بنسبة ٣ أو ٤ – ١ بنين إلى بنات. ويحدث التوحد (الأوتيزم) لدى كل الأفراد على مختلف مستويات الذكاء. فنجد أن حوالي ٧٥% من الأطفال التوحديين يمتلكون ذكاء منخفضاً أقل من المتوسط، بينما يوجد حوالي ١٠% منهم يظهرون ذكاء نوعياً مرتفعاً في مجال محدد كالرياضيات مثلاً.

كيف تنمو اللغة والكلام لدى الأطفال التوحديين(الأوتيزم)؟

تعد الثلاث سنوات الأولى من حياة الطفل هي أكثر سنوات الحياة تأثيراً في نمو اللغة والكلام وهي فترة تعرف بسرعة نمو الدماغ ونضجه، فيكتسب الطفل مهارات اللغة والكلام والتي تتمثل من خلال العالم الغني من حوله بالأصوات والمناظر، كما تنمو هذه المهارات أيضاً نتيجة الاستماع إلى اللغة والكلام من الآخرين. ويستهدف نمو وتطور مهارات اللغة والكلام في هذه المرحلة تحقيق التواصل أو التفاعل مع العالم الخارجي .

وتظهر أولى العلامات الدالة على التواصل بعد أيام قليلة من حياة الطفل عندما يتعلم الطفل أن بكاءه يجعل الآخرين يسرعون لإطعامه، أو لإراحته، أو لمرافقته. ويبدأ الأطفال الرضع في التعرف على الأصوات الهامة مثل أصوات أمهاتهم. ويبدؤون في ترتيب الأصوات أو(الفونيمات)" أو تجميعها لتكوين كلمات لغتهم. وقد أظهرت الأبحاث أن بحلول الـ ٦ شهور الأولى من العمر يستطيع معظم الأطفال التعرف على الأصوات الأساسية في لغتهم .

كما تتضح مكانيزمات أو الأجزاء المسئولة عن الكلام مثل (الفكّ، الشفاه، اللسان، والحنجرة) كما ينضح الصوت، ويصبح الرضيع قادراً على السيطرة على الأصوات. وهذا السلوك يبدأ في الشهور القليلة الأولى من حياة الأطفال في الفترة المعروفة بفترة المناغاة أو الهديل "cooing,"كما يشعر الطفل بالسرور والسعادة في هذه الفترة عندما يكرر الأصوات.

وبحلول الشهور الـ٦ الأولى من العمر يبدأ الأطفال في تكرار المقاطع الصوتية مثل "با، با ، با" وسرعان ما تتحول إلى أصوات عديمة المعني يغلب عليها إيقاع الكلام الطبيعي ونغمته بيد أنها لا تحتوى على كلمات ذات معنى حقيقي. وعند نهاية سنتهم الأولى، يكون معظم الأطفال قادرين على نطق بعض الكلمات.

بالرغم من أنهم لا يفهمون معنى هذه الكلمات. لكنهم قد يفهمون معناه فيما بعد نتيجة استجابة المحيطين لهذه الكلمات .

وبوصول الطفل سن الـ١٨ شهراً يكون معظمهم قادرين على نطق ما يقرب من ٨-١٠ كلمات. وبوصولهم سن سنتين يكون لديهم القدرة على وضع الكلمات معاً لتكون جملاً مثل " مزيداً من الحليب " "*more milk*." وخلال هذه الفترة سرعان ما يتعلم الأطفال إن الكلمات هي رموز أو تمثيل للموضوعات، والأحداث، والأفكار.

وفي هذه السن أيضاً يظهرون القدرة على التمثيل أو اللعب ألادعائي، وبوصولهم لسن ٣، ٤، ٥ سنوات تزداد الحصيلة اللغوية لديهم، ويبدأ الطفل أو الطفلة في إتقان والتمكن من قواعد لغته الأصلية.

وهذه القواعد تتضمن الجانب الصوتي *phonology* (أصوات الكلام *speech sounds*) الجانب الصرفي *morphology* (تشكيل الكلمات *word formation*) الجانب النحوي *syntax* (تشكيل الجمل *sentence formation*) الجانب الدلالي *semantics* (معني الكلمات والجمل *word and sentence meaning*) العروض *prosody* (نغمة وإيقاع الكلمات *intonation and rhythm of speech*) والجانب البرجماتي *pragmatics* (استخدام اللغة بفعالية *pragmatics*) .

❖ اضطرابات التواصل الشائعة لدى الأطفال التوحديين

١) تأخر النمو اللغوي.

- يستطيع الرضع المناغاة ، أو أنهم يبدأون بها في سنتهم الأولى ثم يتوقفون،وعادة عدم قدرة الطفل على اكتساب اللغة حتى سن السادسة من العمر فتستمر لديه عدم المقدرة على التواصل.
- عندما تظهر لغة الطفل يكون شكل هذه اللغة غير طبيعي وبها الكثير من العيوب كالترديدية في الحديث (وهي ترديد الكلمات والجمل بطريقة غير ذات معنى) وقد تكون الكلمات والجمل مفيدة كترديد إعلانات التلفزيون. وقد أثبتت الدراسات أنها مرحلة بين التواصل اللفظي وغير اللفظي ويمكن استخدامها في تنشيط الفعاليات .
- بعض الأطفال يكون لديهم عكس الضمائر (أنت بدلاً من أنا) ونسخ ما يقوله الآخرون (كالببغاء) .

- وقد يكون هناك اضطراب في إخراج الصوت واللغة ، فبعض الأطفال يتحدثون بنبرة بطيئة ثابتة بدون تغير حدة الصوت أو إظهار أي انفعالات، وقد يكون هناك مشاكل في المحادثة والتي غالباً ما تتحسن مع النمو، وآخرون قد يكون لديهم الحديث المتقطع.

٢) شيوع المشكلات اللغوية.

شيوع المشكلات اللغوية يعتقد الكثير من المختصين أن المشكلات اللغوية من أكثر وأهم المشكلات المميزة للتوحديين، فهناك ٥٠% من التوحديين لا يستطيعون التعبير اللغوي المفهوم ، وعندما يستطيعون الكلام تكون لديهم بعض المشكلات في التواصل اللغوي ، وهذه المشكلات العامة هي التي تحدد تطور الطفل التوحدي وتحسنه ، **ومنها**:

١) تأخر النطق أو انعدامه.
٢) فقد المكتسبات اللغوية.
٣) تكرار الكلام الترديد لما يقوله الآخرون كالببغاء.
٤) سوء التعبير الحركي اللفظي.
٥) شيوع كلمات وجمل بدون معنى.
٦) عدم القدرة على تسمية الأشياء.
٧) إعادة الكلمة أو الجملة عدة مرات .
٨) عدم نمو لغة مفهومة حتى لو استطاع النطق.
٩) عدم القدرة على التواصل اللغوي مع الآخرين.
١٠) الإسقاط وهي نطق الجمل والعبارات ناقصة.
١١) عدم القدرة على التعبير عن نفسه ، والتواصل مع الآخرين .
١٢) عدم القدرة على التعلم والتدريب اللفظي. [١]

---

١ . طلعت حمزة الوزنة (٢٠٠٤م) ، التوحد بين التشخيص والعلاج ،ط/١

ضعف فهم اللغة .

- الإدراك اللغوي لدى هؤلاء الأطفال فيه اضطراب بدرجات مختلفة، فإذا كان التوحد مصحوب بتخلف فكري فعادة ما يكون لدي الطفل كمية ضئيلة من اللغة المفهومة، والآخرون الذين لديهم اضطراب أقل قد يتابعون التعليمات المصحوبة بالإشارة ، أما من كانت إصابتهم طفيفة فقد يكون لديهم صعوبة في الاختصارات واللغة الدقيقة ، كما أنهم لا يستطيعون فهم تعبيرات المزاح والسخرية.
- يواجه الأطفال التوحديون مشكلات في تذكر تسلسل الكلمات – ولذلك يمكن كتابة التعليمات على الورق إذا كان الطفل يستطيع القراءة.
- تعلم الأسماء أكثر سهولة من تعلم الأفعال : فالطفل يستطيع تكوين صورة للاسم في مخيلته ، بينما من الصعب عليه عمل ذلك بالنسبة لغير الأسماء- لذا : ينصح بأن تعرض الكلمات بصورة واضحة للطفل.

٣) ضعف التواصل.

❖ التواصل اللفظي

- تؤثر الإعاقة لدى الأطفال التوحديين على مهارات التواصل اللفظي: فهم يوصفون بأن لديهم قصوراً كلياً في نمو اللغة المنطوقة، إذ أنهم لا يتكلمون، وتصبح لديهم إعاقة في إقامة محادثات مع الآخرين.
- وعندما لا يتطور الكلام لديهم فإن الخصائص الكلامية مثل طبقة الصوت، والتنغيم، ومعدل الصوت، وإيقاع ونبرة الصوت تكون شاذة.
- توصف لغة التواصل لديهم بأنها تكرارية أو نمطية مثل تكرار كلمات أو جمل مرتبطة بالمعنى.
- يتميزون بأن لغتهم لها خصوصية غريبة،فلا يفهمها إلا الأشخاص الذين يألفون أسلوب تواصلهم فقط،وهم غير قادرين على فهم الأسئلة البسيطة، ويكونوا غير قادرين على دمج الكلمات مع الإيماءات لفهم الحديث.

❖ **ففي الطفولة المبكرة** : قد يشيرون للآخرين أو يجذبونهم باليد إلى الأشياء التي يرغبونها بدون أي تعبيرات على الوجه، وقد يحركون رؤوسهم أو أيديهم عند الحديث، وعادة لا يشاركون في الألعاب التي تحتاج إلى تقليد ومحاكاة، كما أنهم لا يقلدون ما يعمله والديهم كأقرانهم.

❖ **وفي المرحلة الوسطى والمتأخرة** : لا يستخدم هؤلاء الأطفال عادة الإشارة حتى عندما يفهمون إشارة الآخرين ، البعض منهم قد يستخدم الإشارة ولكن عادة ما تكون متكررة.

وهؤلاء الأطفال عادة ما يظهرون المتعة والخوف أو الغضب، ولكن قد لا يظهرون سوى طرفي الانفعالات، كما أنهم لا يظهرون التعبيرات الانفعالية على الوجه التي تظهر الانفعالات الدقيقة.– التواصل غير اللفظي.[1]

٤) الصمت الاختياري

هي حالة نادرة جداً،حيث يكون الطفل ألتوحدي كالأصم الأبكم، فهو لا يعير الآخرين والأصوات أي انتباه ، ولا ينطق بأي كلمة في أي وقت، قياس السمع لديه طبيعي، ولكنه لا يرغب في التواصل مع الآخرين.

❖ اضطرابات التواصل :

تأخذ اضطرابات التواصل شكلين أساسيين هما اضطرابات اللغة واضطرابات الكلام

.

❖ اضطرابات اللغة:

تتمثل اضطرابات اللغة في ضعف أو غياب القدرة على التعبير عن الأفكار أو عن تفسيرها وفقاً لنظام رمزي مقبول بهدف التواصل .

---

١ . سيموتئ كوهين و باتريك بولتن (٢٠٠٠م)، حقائق عن التوحد ، ترجمة عبدا لله إبراهيم الحمدان ، ط/١، الرياض : أكاديمية التربية الخاصة .

وهي تشمل :

١)الاضطرابات اللغوية النمائية .

٢)الاضطرابات اللغوية التعليمية .

٣)الحبسة الكلامية (الأفيزيا).

❖ اضطرابات الكلام:

أما اضطرابات الكلام فهي تتمثل في ضعف القدرة الفسيولوجية على تشكيل الأصوات بشكل سليم ومن ثم استخدام الكلام بشكل فعال. وهي تصنف ضمن ثلاث فئات رئيسية وهي :

أ- اضطرابات اللفظ وتشمل الإبدال والإضافة والحذف والتشويه .

ب- اضطرابات الطلاقة أو الانسياب الكلامي وتشمل التأتأة أو الكلام بسرعة فائقة .

ت- اضطرابات الصوت وتشمل الخنة الأنفية والبحة الشديدة .

ث- الاضطرابات الفمية – الوجهية الناجمة عن تشوهات في الشفتين .

(مثل الشفة الأرنبية) أو الحلق (شق الحلق) أو الأنف أو الفم .[1]

❖ الأسباب :

❖ وثمة أسباب عديدة لاضطرابات التواصل ومنها :

أ- الأسباب البيولوجية: (عصبية أو جينية أو كروموسومية أو أيضية)

ب- الأسباب النمائية : وتتمثل في أشكال مختلفة من التأخر في نضج الجهاز العصبي.

ت- الأسباب البيئية: وتتمثل في العوامل البيئية والثقافية والأسرية المضطربة مثل الحرمان وعدم توفر الإثارة الكافية والتسمم.

ث- الأسباب النفسية والتعليمة : وتتمثل في التعلم الخاطئ وفي توقع الفشل وأنماط التواصل غير السليمة والاضطرابات النفسية الداخلية

ج- الأسباب الوظيفية : وتتمثل في الاستخدام الخاطئ للحبال الصوتية والأجهزة الداعمة للكلام .

---

١ إبراهيم عبد الله الزريقات (٢٠٠٤م) ، التوحد الخصائص والعلاج ، ط/١ ،عمان : دار الفكر.

❖ الكشف المبكر عن الاضطرابات الكلامية واللغوية:

يمثل استخدام الطفل اليومي للغة لأغراض التواصل والتفاعل الاجتماعي أفضل معيار للحكم على كلامه ولغته .

وعليه فإن المعلمين وأولياء الأمور يستطيعون القيام بأدوار بالغة الأهمية في الكشف المبكر عن الاضطرابات الكلامية واللغوية لدى الأطفال .

وفي المدارس، يمكن تنفيذ إجراءات كشفية منظمة ودورية على أيدي اختصاصي اضطرابات الكلام .

وبما أن مدارسنا لا يعمل فيها هؤلاء الاختصاصيون فإن الكشف المبكر عن الاضطرابات الكلامية واللغة مسؤولية المعلم . ولا يعني ذلك أن يقوم المعلم بدور التشخيص، فما هو مطلوب منه طلب مساعدة أهل الاختصاص أو تحويل الأطفال إليهم في حالة توقع مشكلات كلامية أو لغوية لديهم .

❖ وفيما يلي قائمة بأهم المؤشرات على الاضطرابات الكلامية واللغوية :

١) عدم وضوح الكلام أو اللغة .
٢) تكلم الطفل بطريقة مختلفة تماماً عن الأطفال الآخرين .
٣) إظهار الطفل لأنماط جسمية غير عادية عندما يتكلم كأن يحرك بطرق ملفته للنظر فمه أو لسانه أو يديه أو رأسه .
٤) ظهور بعض الملامح على أن الطفل يشعر بالحرج وعدم الارتياح عندما يتكلم .
٥) عدم ملائمة نوعية الصوت مثل التكلم من الأنف أو بحة الصوت وغير ذلك .[١]

❖ التوحد واضطراب التواصل :

حيث أن اضطرابات اللغة والكلام والجوانب المعرفية مظاهر أساسية في التوحد، فإنه من المتوقع أن يكون هناك تشابه بين التوحد والاضطرابات اللغوية، وبسبب هذا التشابه فإنه يتم الخلط أحياناً بين التوحد وهذه الاضطرابات.

---

١. سيمون كوهين و باتريك بولتن (٢٠٠٠م)، حقائق عن التوحد ، ترجمة عبد الله إبراهيم الحمدان ، ط/١، الرياض : أكاديمية التربية الخاصة .

اضطرابات اللغة الاستقبالية وجد أنها تتشابه مع اضطرابات اللغة التي يظهرها الأطفال التوحديين ، نتائج الدراسات في هذا المجال أشارت إلى انه مع وجود تشابه بين التوحد واضطرابات اللغة الاستقبالية فإنه يمكن التمييز بين الاضطرابيين الأطفال من ذوي الاضطرابات اللغوية الاستقبالية يحاولون التواصل بالإيماءات وبتعبيرات الوجه للتعويض عن مشكلة الكلام ، بينما الأطفال التوحديين فإنهم لا يظهرون تعبيرات انفعالية مناسبة أو رسائل غير لفظية مصاحبة ،قد تظهر المجموعتان إعادة الكلام ولكن الأطفال التوحديين يظهرون إعادة كلام وخاصة إعادة الكلام المتأخر أكثر ،يفشل الأطفال التوحديين في استخدام اللغة كوسيلة اتصال ولكن الأطفال في اضطرابات اللغة يتعلمون فهم مفاهيم اللغة الأساسية والرموز غير المحكية ويحاولون التواصل مع الآخرين ،وبناء عليه فإن القدرة أو القابلية على التعلم والتعامل مع الرموز تعتبر الفارق الرئيسي بين المجموعتين .[١]

❖ كيف يمكن علاج اضطرابات اللغة والكلام في التوحد؟

عندما يشك الطبيب في وجود التوحد أو أي عجز نمائي آخر عند الطفل فإنه يحيله إلى فريق من المتخصصين؛ يتضمن أخصائي علاج اضطرابات اللغة والكلام، والذي يقوم بعمل تقييم شامل لقدرة الطفل على التواصل ويقومك بتصميم وإدارة برنامج علاج خاص بهذا الطفل.

لا توجد طريقة علاج يمكن إن تحسن بنجاح التواصل لدى كل الأفراد التوحديين.

ومن الأفضل إن يبدأ التدخل مبكراً أثناء سنوات ما قبل المدرسة، كما يجب أن يكون البرنامج مخطط ومصمم بصورة فردية، ويجب أن يستهدف كلاً من السلوك والتواصل، ويتضمن كذلك الآباء أو مقدمي الرعاية الأساسيين. ويجب أن يستهدف العلاج تحسين التواصل الوظيفي، فبالنسبة للبعض، قد يكون التركيز على التواصل في

١ كتاب المدخل إلى التربية الخاصة د/ يوسف القريوتي د/ عبد العزيز السرطاوي د/ جميل الصمادي

مواقف واقعية بينما يمكن أن نركز مع آخرين على التواصل الإشاري، بينما يمكن أن نستخدم مع آخرين نظام التواصل الرمزي مثل لوحة الصور.

كما يجب أن تتضمن الخطة العلاجية فترات تقييم دقيق ومتعمق من قبل متخصص في تقييم وعلاج اضطرابات اللغة والكلام، كما قد يشترك المعالجون الآخرون لتدريب الفرد على خفض السلوك غير المرغوب فيه الذي قد يؤثر على تطور مهارات التواصل.

وفيما يتعلق بالبرامج العلاجية التي يجب أن تقدم للأطفال التوحديين نجد أن هناك بعض المتخصصين يرحبون بتنظيم برامج علاجية سلوكية تقوم على تعديل السلوك ، بينما يرى آخرون أن العلاج المنزلي أو بالمنزل يجب إن يكون هو القاعدة أو الأساس لأنه يعتمد على تدريب هؤلاء الأطفال على التصرف في مواقف حقيقية. بينما يؤيد البعض المداخل الأخرى كالعلاج بالموسيقى والعلاج المعتمد على التكامل الحسي، والذي يعمل على تحسين قدرة الطفل على الاستجابة للمثيرات. الحسية وهو يبدو مفيد جداً لبعض الأطفال التوحديين لتنمية قدرتهم على الاستجابة للمثيرات الخارجية. [١]

كما أن استخدام بعض الأدوية قد يحسن من قدرة الطفل على الانتباه لفترات أطول أو قد تساعد على خفض بعض السلوكيات غير المرغوب فيها مثل خفقان اليد ، لكن الاستعمال طويل المدى لهذه الأدوية قد يكون له آثار جانبية خطيرة لذا يجب إن تعطى هذه الأدوية تحت إشراف مباشر من قبل الطبيب المختص.

ولا توجد أدوية حتى الآن يمكنها أن تعمل على تحسين التواصل لدى هؤلاء الأفراد*autistic*. كما يمكن استخدام الفيتامينات والأطعمة الخاصة وكذلك العلاج بالتحليل النفسي لكن حتى الآن لم يثبت البحث مدى فعاليتها.

١ . كتاب المدخل إلى التربية الخاصة د/ يوسف القريوتي د/ عبد العزيز السرطاوي د/ جميل الصمادي

التوحد واضطرابات السمع والبصر :

الانسحاب الاجتماعي ، والانزعاج من تغيير الروتين ، وسلوكيات أخرى يمكن أن تظهر من قبل أطفال صم وهو يشبه السلوك الذي يظهره الأطفال المتوحديين،هذه السلوك تعتبر ثانوية بالنسبة للصم ، ونتيجة لاضطرابهم ولكنها أولية وأساسية في حالة الأطفال المتوحديين ، معظم المتوحدون ليسوا صماً،وإذا شك بالطفل بأنه يعاني من التوحد فإنه يجب أن يتم فحص سمعه لاستبعاد إصابته بالصمم .

الأطفال المكفوفون أو ضعاف البصر يمكن أن يظهروا استثارة ذاتية وحركات نمطية تشبه ما يقوم به الأطفال التوحديين ، وأكثر من ذلك فإن اضطراب التوحد في الاستجابة إلى المثيرات البصرية يمكن أن تشير إلى التوحد في أول انطباع.

❖ التدخل العلاجي والتربوي :

اعتمد التدخل العلاجي والتربوي أساساً على وجهة النظر التي كانت سائدة حول أسباب التوحد ، وحيث أن التوحد كان يع تقد سابقاً بأنه اضطراب انفعالي يساهم الوالدين فيه مساهمة أساسية ، فقد كان العلاج عن طريق التحليل النفسي هو الأسلوب السائد حتى السبعينات ، أن أحد الأهداف الأساسية للتحليل النفسي هو إنشاء علاقة قوية مع نموذج يمثل الأم المتساهلة المحبة علاقة لم تستطع أم الطفل ألتوحدي أن تزوده بها، وأن هذه العلاقة قد تأخذ سنوات حتى تتطور خلال عملية العلاج النفسي. يتضمن العلاج مرحلتان :

في الأولى : يزود المعالج الطفل بأكبر كمية ممكنة من الدعم وتقديم الإشباع وتجنب الإحباط مع التفهم والثبات الانفعالي من قبل المعالج .

الثانية : تركز على تطوير المهارات الاجتماعية وتتضمن تأجيل الإشباع والإرضاء.

إن معظم برامج المعالجين النفسانيين للأطفال كانت تأخذ شكل جلسات للمريض الذي يجب أن يقيم في المستشفى وتقديم بيئة بناءة وصحية من الناحية الانفعالية.

كما تستخدم طريقة العلاج البيئي وتتضمن تقديم برامج للطفل تعتمد على الجانب الاجتماعي عن طريق التشجيع والتعلم على إقامة علاقات شخصية.

أما التدخل التربوي :

فإنه يقوم في الأساس على استخدام إجراءات تعديل السلوك ذلك أن إجراءات تعديل السلوك تقوم على أسس موضوعية وليس على انطباعات ذاتية ،كما أنه أسلوب لا يضع اللوم على الوالدين ، وعلى العكس من ذلك فإنه يشرك الوالدين في عملية العلاج ، كذلك فإن إجراءات تعديل السلوك تعتمد على مبادئ وقوانين التعلم التي يمكن أن يتقنها المعلمون بسهولة مقارنة بالأساليب الأخرى ، وبالإضافة إلى إجراءات تعديل السلوك ، فإن البرامج التربوي ة يجب أن تتضمن تركيزاً على الجوانب اللغوية النطقية عند الطفل التوحدي وذلك بإجراءات تهدف إلى تحسين التواصل اللغوي الذي يفتقده الأطفال التوحديين ، بالإضافة إلى إجراءات التعليم المباشر على مهارات أساسية ضرورية في الجوانب الأكاديمية ومهارات الحياة اليومية .[١]

❖ دور الأسرة في معالجة اضطرابات التواصل عند أطفال التوحد .

إن تواصلنا مع المحيطين بنا يتم من خلال الكلام وهو ما يعرف بالتواصل اللفظي والذي يصاحب بحركات وإيماءات الجسد، والاتصال البصري وتعبيرات الوجه، بالإضافة إلى التنغيم الصوتي وهو ما يعرف بالتواصل غير اللفظي.

ومن الجدير بالذكر أننا نستخدم مزيجاً من النمطين اللفظي وغير اللفظي للتواصل مع من حولنا، ومن هنا تبرز أهمية مساعدة الطفل التوحدي (المصاب بمرض التوحد) على التواصل بشكل فعال مع من حوله والذي يأتي في قمة أولويات برامج التأهيل المختلفة.

وذلك لأن قصور المهارات التواصلية بشقيه اللفظي وغير اللفظي من السمات التشخيصية الأساسية لاضطرابات طيف التوحد.

---

١ أيمن البلشة ،الخصائص والفروق بين الأطفال المتوحدين والمتخلفين (رسالة ماجستير غير مطبوعة :- الجامعة الأردنية ،عمان).

يعرف التوحد بأنه اضطراب في النمو العصبي يؤثر على التطور في ثلاثة مجالات أساسية منها، قصور في نمو وتطور المهارات التواصلية بالإضافة إلى صعوبة التفاعل الاجتماعي وهو ما يعتبر ذا علاقة وثيقة بالمهارات التواصلية أيضا ، والمجال الثالث يتمثل في التعلق الشديد بالأعمال الروتينية والمحافظة على أنماط وأداء الأفعال على وتيرة واحدة وصعوبة القدرة على اللعب ، ومن الجدير بالذكر أن الفقد التدريجي للمهارات التواصلية والاجتماعية بعد النمو الطبيعي حتى سن ١٨ شهرا لا يمثل أكثر من ٣٠% (الجمعية الأميركية للنطق والسمع *ASHA*، ٢٠٠٦) من أطفال التوحد، في حين أن التأخر منذ البداية يمثل أكثر من ٧٠% (*ASHA*, ٢٠٠٦) من الأطفال التوحديين، حيث يشترط ظهور نمط الأعراض قبل سن ٣٦ شهرا ، ومن هنا تتضح لنا الأهمية القصوى للقصور في النواحي التواصلية، حيث إنها لا تعتبر معيارا تشخيصيا مهما فقط ، بل تعتبر التحدي الأكبر للمختصين وأسر الأطفال التوحديين، مؤشرات أساسية ، إن المؤشرات الأساسية والأولية التي تساعد المختصين من النواحي التواصلية في تشخيص التوحد ، **تتمثل في أن المصاب:**

- لا يناغي حتى سن ١٢ شهر.
- لا يستخدم الإشارة (الإشارة إلى الأشياء وهز اليدين) حتى سن ١٢ شهرا.
- لا يستخدم كلمات مفردة حتى سن ١٦ شهرا.
- ضعف مهارات الاتصال البصري.
- تجاوب ضعيف مع الآخرين أثناء اللعب.
- لا يستخدم عبارات مكونة من كلمتين حتى سن ٢٤ شهرا.
- تكرار الكلمات، فعند سؤال الطفل: ما اسمك؟ فيقول «ما اسمك» بدل من أن يقول «أحمد» مثلا.

فقد واضح لأي مهارات لغوية أو اجتماعية قد يكون اكتسبها قبل سن السنتين. دور الأسرة وحين يولد الطفل، فإن أول ما يراه في الوجود هو والداه، حيث يبدأ هذا

الطفل في النمو والتطور وتبدأ حركاته الأولى وابتساماته وانفعالاته واستجاباته لما حوله داخل منزله مع والديه، فالمنزل والوالدان هما البيئة الأولى التي يعيش بها الطفل ويتعلم وينشأ فيها فيكتسب من خلال هذه البيئة ويتعلم المهارات المختلفة والتي يأتي على رأسها القدرة على الحوار والتواصل مع من حوله ، وهنا تكمن أهمية الوالدين في حياة الطفل ، ولكن في بعض الأحيان قد يعتري هذه المهارات التي يكتسبها عادة الطفل بشكل تلقائي بعض الخلل كما هو الحال في الطفل التوحدي ، مما يكون له أكبر الأثر في تطورها بشكل سليم وهنا يحتار الوالدان في الطريقة المثلى لمواجهة وإصلاح هذا الخلل ، فيلجآن للمتخصصين في هذا المجال لمساعدتهما وتوجيههما لإيجاد الحل المناسب كما ورد في مجلة (*Behavioral Interventions, Volume* ٢٢, p.١٧٩-١٩٩, ٢٠٠٧)

ومع الأهمية الكبيرة للتدخل العلاجي، فلا يمكن أبدا أن يقلل من شأن دور أولياء أمر الطفل التوحدي وبيئته في علاج هذا الاضطراب ، فالدور الذي تلعبه أسرة الطفل التوحدي ومشاركتهم في البرنامج العلاجي له بالغ الأثر الإيجابي في تطوير هذه المهارات بشكل فعال أكثر،وبالتالي فإن إعطاء الوالدين المعلومات والنصح والتوجيه والأساليب والاستراتيجيات المناسبة الخاصة باضطراب طفلهم التوحدي سيساعدهم في تطوير المهارات المناسبة لدى هذا الطفل،إن أفضل علاقة تربط بين أخصائي النطق واللغة كمتخصص في تشخيص وعلاج الاضطرابات التواصلية وبين الوالدين كخبراء بطفلهم ومعرفتهم ببيئته الطبيعية وحياته اليومية والخبرات المختلفة التي يتعرض لها بالإضافة لاحتياجاته الخاصة وطباعه ، هي علاقة الشراكة وذلك للوصول لأفضل طريقة للتدخل لعلاج مشكلة الطفل،والخطوة الأولى في تطبيق هذه الشراكة تكون بتدريب الوالدين وإعطائهما الأدوات المناسبة التي ستساعدهما في تطوير مهارات الطفل والذي انعكس بشكل واضح على كمية الدعم المادي الذي أولته الحكومة الأميركية على الرغم من الأزمة الاقتصادية الحالية والذي وصل إلى ٢١١ مليون دولار تبعا لتقرير الجمعية

الأميركية للتوحد (مارس ٢٠٠٩)، حيث يعتبر تدريب الوالدين وخصوصاً أثناء المراحل المبكرة لحياة الطفل عنصرا مهما في أي برنامج علاجي.[١]

وكان تدريب الوالدين ومدى تأثيره على تقدم مهارات الطفل التواصلية ومهاراته الأخرى ، محور وتركيز العديد من الأبحاث العلمية حيث أثبتت الدراسات الحديثة أهمية دور آباء وأمهات الأطفال التوحديين في تنمية المهارات التواصلية لدى أطفالهم، وذلك لأن الآباء والأمهات يمثلون الجزء الأكبر في عالم الطفل والذي تتضاءل أمامه كل الأدوار الأخرى من الناحية الكمية، حيث يقضي الطفل عددا كبيرا من الساعات مع والديه في حين أنه يقضي عددا محدودا من الساعات مع اختصاصي أمراض النطق واللغة ، ومن هنا تتبلور أهمية تدريب الآباء والأمهات بهدف موازنة المعادلة ، بحيث يصاحب التفوق الكمي جودة نوعية تساعد الآباء والأمهات على تنمية مهارات الطفل التوحدي التواصلية والذي سينعكس على مستوى استخدامه للمهارات التواصلية كطلب الأشياء وجذب الانتباه والرفض والتعبير عن المشاعر وغيرها من الصعوبات التي يعانيها أطفال التوحد على مستوى التواصل بشقية اللفظي وغير اللفظي ، إن دور الأسرة يتمثل في ضرورة أن تتدرب بشكل مكثف حتى تتمكن من إتقان الأساليب والطرق المناسبة لتعليم طفلهم التوحدي أكاديميا والتعامل معه من الناحية النفسية . كما يجب هنا أن لا نغفل ضرورة أن يتدرب الأهل على الطرق والأساليب التي تمكنهم من التواصل الاجتماعي مع الطفل التوحدي كل تبعا لمستوى أدائه ، أما دور المجتمع فيتجلى بشكل كبير في بذل الكثير من الجهود حتى يزداد الوعي باضطرابات طيف التوحد والذي سينعكس بشكل كبير على نمط التقبل الاجتماعي لفئات التوحديين وأسرهم.

---

١. أيمن البلشة ،الخصائص والفروق بين الأطفال المتوحدين والمتخلفين (رسالة ماجستير غير مطبوعة :- الجامعة الأردنية ،عمان

ويشير أخيرا د/الدكروري، من خبرة تناهز خمسة عشر عاما من العمل مع أطفال التوحد وأسرهم ، إلى أن شبح الخوف من المستقبل هو المشكلة الرئيسية وهو ما يمكن التغلب عليه من خلال العمل الجاد منذ البداية وبشكل مستمر على كل الأصعدة بهدف تحقيق أكبر قدر من الاستقلالية والاعتماد على الذات للأشخاص التوحديين بالإضافة للعمل على سن القوانين التي من شأنها أن تدعم توفير البرامج والخدمات ذات العلاقة باحتياجات التوحديين المتنامية تبعا للمراحل العمرية ومستوى الأداء.[١]

❖ نصائح لآباء ومعلمي الأشخاص المصابين بالتوحد بقلم:(تمبل جراندين)

د. تمبل جراندن (*Temple Grandin*) تحمل دكتوراه في علوم الحيوان، ولديها مخترعات كثيرة باسمها في هذا المجال.

كما أنها من أشهر الأشخاص المصابين بالتوحد عالي الكفاءة *high functioning autism* ، وتحاضر حول التوحد في أماكن كثيرة من العالم. كما قامت بتأليف بعض الكتب حول تجربتها الشخصية مع التوحد.

١) يفكر كثير من الأشخاص المصابين بالتوحد باستخدام التفكير المرئي، حيث أفكر باستخدام الصور، بدلاً من اللغة أو الكلمات حيث تبدو أفكاري كشريط فيديو أراه في مخيلتي. فالصور هي لغتي الأولى ، والكلمات لغتي الثانية . كما أن تعلم الأسماء أكثر سهولة من تعلم الأفعال، حيث يمكنني أن أكون صورة في مخيلتي للاسم، بينما من الصعب عمل ذلك بالنسبة لغير الأسماء. كما أنصح المعلمة أو المعلم بعرض الكلمات بصورة واضحة للطفل، وذلك باستخدام الألعاب مثلاً .

٢) حاول تجنب استخدام كلمات كثيرة وأوامر أو تعليمات طويلة . حيث يواجه الأشخاص المصابين بالتوحد مشكلات في تذكر تسلسل الكلمات. وذلك يمكن كتابة التعليمات على الورق إذا كان الطفل أو الشخص يستطيع القراءة.

---

١ محمد الفوزان (٢٠٠٣م) ، التوحد المفهوم والتعليم والتدريب ،ط/١، الرياض .

٣) لدى كثير من الأطفال المصابين بالتوحد موهبة في الرسم، والفن، أو الكمبيوتر. حاول تشجيع هذه المواهب وتطويرها .

٤) قد يركز الأطفال المصابين بالتوحد على شيء ما يرفضون التخلي عنه، كلعب القطارات أو الخرائط وأفضل طريقة للتعامل مع ذلك هي استغلال ذلك من أجل الدراسة،حيث يمكن استخدام القطارات، مثلاً، لتعليم القراءة والحساب أو يمكن قراءة كتاب عن القطارات والقيام بحل بعض المسائل الحسابية استخدام القطارات،كعد مثلاً كم كيلومتر يفصل بين محطة وأخرى.

٥) استخدم طرق مرئية واضحة لتعليم مفهوم الأرقام .

٦) يواجه كثير من الأطفال المصابين بالتوحد صعوبات في الكتابة ، بسبب صعوبات في التحكم بحركة اليد. للتغلب على شعور الطفل بالإحباط بسبب سوء خطه،شجعه على الاستمتاع بالكتابة ، واستخدم الكمبيوتر في الطباعة إذا أمكن ذلك .

٧) بعض الأطفال المصابين بالتوحد يتعلمون القراءة بسهولة أكبر إذا استخدموا طريقة تعلم الحروف أولاً ، بينما يتعلم البعض الآخر باستخدام الكلمات دون تعلم الحروف أولاً .

٨) بعض الأطفال لديهم حساسية ضد الأصوات المرتفعة، ولذلك يجب حمايتهم من الأصوات المرتفعة (كصوت جرس المدرسة مثلاً)، أو صوت تحريك الكراسي بحكها في الأرضية . ويمكن التقليل من صوت تحريك الكراسي بوضع سجادة فوق أرضية الفصل .

٩) تسبب الأضواء العاكسة (الوهاجة) *fluorescent lights* بعض الإزعاج لبعض الأطفال المصابين بالتوحد. ولتجنب هذه المشكلة، ضع طاولة الطفل قرب النافذة ، أو تجنب استخدام الأضواء العاكسة.

١٠) بعض الأطفال المصابين بالتوحد يعانون من فرط الحركة أيضاً (*hyperactivity*) ، حيث يتحركون كثيراً ، ويمكن التغلب على ذلك إذا تم إلباسهم صدرية أو معطف ثقيل يقلل من حركتهم (بوضع أكياس رز أو فول مثلاً لتزيد من وزن الصدرية أو المعطف) كما أن الضغط الناتج عن الوزن قد يساعد على تهدئة الطفل ولأفضل النتائج يجب أن يرتدي الطفل الصدرية لمدة عشرين دقيقة ، ثم يتم خلعها لبضع دقائق .

١١) يستجيب بعض الأطفال المصابين بالتوحد بشكل أفضل ويتحسن الكلام عندهم إذا تواصل المعلم معهم بينما هم يلعبون على أرجوحة أو كانوا ملفوفين في سجادة . فالإحساس الناجم عن التأرجح أو الضغط الصادر من السجادة قد يساعد على تحسين الحديث . لكن يجب أن لا يجبر الطفل على اللعب بالأرجوحة إلا إذا كان راغباً بذلك.

١٢) بعض الأطفال والكبار المصابين بالتوحد ، ممن يستخدمون التواصل غير اللفظي، لا يستطيعون معالجة المعلومات الداخلة عن طريق الرؤية والسمع في نفس الوقت ، وذلك لا يستطيعون الرؤية والسمع في نفس الوقت ، ولذلك يجب ألا يطلب منهم أن ينظروا وينصتوا في نفس الوقت .

١٣) تعتبر حاسة اللمس ، عند كثير من الأشخاص المصابين بالتوحد ممن يستخدمون التواصل غير اللفظي أكثر الحواس فاعلية . ولذلك يمكن تعليمهم الحروف بتعويدهم على لمس الأحرف المصنوعة من البلاستيك . كما يمكن أن يتعلموا جدولهم اليومي بلمس الأشياء الموجودة على الجدول قبل بضع دقائق من موعد النشاط. فمثلاً قبل ١٥ دقيقة من موعد الغداء قدم للشخص ملعقة ليمسكها .

١٤) في حال استخدام الحاسوب في التعليم ، حاول وضع لوحة المفاتيح في أقرب مكان إلى الشاشة ، حيث إن بعضهم قد لا يدرك أن عليه أن ينظر إلى الشاشة بعد الضغط على أحد المفاتيح .

١٥) من السهل بالنسبة لبعض الأشخاص ممن يستخدمون التواصل غير اللفظي الربط بين الكلمات والصور إذا رأوا الكلمة مطبوعة تحت الصورة التي تمثلها وقد يجد بعض الأشخاص صعوبة في فهم الرسومات ، حيث يفضلون استخدام الأشياء الحقيقية والصور في البداية

١٦) قد لا يدرك بعض الأشخاص المصابين بالتوحد أن الكلام يستخدم كوسيلة للتواصل . وذلك فإن تعلم اللغة يجب أن يركز على تعزيز التواصل. فإذا طلب الطفل كوباً فأعطه كوباً ، وإذا طلب طبقاً بينما هو يريد كوباً، أعطه طبقاً . حيث يحتاج الطفل أن يتعلم أنه حينما ينطق بكلام ما، فإن ذلك يؤدي إلى حدوث شيء ما .

١٧) قد يجد كثير من الأشخاص المصابين بالتوحد صعوبة في استخدام فأرة الحاسوب، ولذا حاول استخدام أداة أخرى لها زر منفصل للضغط ، كالكرة الدائرية حيث يجد بعض الأطفال المصابين بالتوحد ، ممن يواجهون مشاكل في التحكم العضلي ، صعوبة في الضغط على الفأرة أثناء مسكها.[١]

---

١ ماجد السيد علي عمارة (٢٠٠٥م) ، إعاقة التوحد ، ط/١، القاهرة:مكتبة زهراء الشرق .

الفصل الثالث

اضطراب التوحد مفهومه، أسبابه، أعراضه، وعلاجه

❖ مفهوم التوحد :

التوحد *Autism* مشتق من كلمة *Autos* وتعني النفس أو ذاتي أو ذاتي الحركة *Ism* وتعني الحالة الغير سوية وهذا المصطلح *Autism* مأخوذ من اللغة الإغريقية وتنقسم إلى شقين *Autos* وتعني النفس وكذلك *Ism* وتعني الحالة الغير سوية وغير مستقرة فهي حالة اضطراب ولا تعني كما يعتقد البعض إن التوحد هو الانطواء ويفهم التوحد هو الشخص المصاب بهذه الحالة فهو متوحد بخياله يعاني من ضعف الترابط الاجتماعي مع الغير فضلا عن التوحد ناتج عن اضطراب في الجهاز العصبي مما يؤثر على وظائف المخ.

تعريف جمعية التوحد في الولايات المتحدة الأمريكية حيث عرفوا التوحد بأنه عبارة عن إعاقة في التطور متعلقا بالنمو عادة تظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل وهي تنتج عن اضطراب التوحد ليسوا على وتيرة واحدة ونمط سلوكي واحد بل مختلفون فمنهم شديد التوحد ومنهم في حالة اضطراب توحد اقل شدة.

تعريف أخر التوحد هو اضطراب نمائي ناتج عن خلل عصبي (وظيفي) في الدماغ غير معروف الأسباب يظهر في السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل ويتميز فيه الأطفال بالفشل في التواصل مع الآخرين وضعف واضح في التفاعل وعدم تطوير اللغة بشكل مناسب وظهور أنماط شاذة من السلوك وضعف في اللعب التخيلي.

أو هو أحد الاضطرابات النمائية التي تصيب الأطفال. وتتميز هذه الاضطرابات بصفتين مهمتين متلازمتين هما: التأخر في النمو والانحراف في مسار النمو..

تعريف جلبر : على انه أزمة سلوكية تنتج عن أسباب عدة تتسم بقصور اكتساب مهارات التواصل والعلاقات الاجتماعية وسلوك نمطي وضعف في مهارات اللعب.

تعريف منظمة الصحة العالمية : انه اضطراب نمائي تظهر في السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل ويؤدي إلى عجز في التحصيل اللغوي واللعب والتواصل الاجتماعي.

هو اضطراب نفسي اجتماعي يشمل مجموعة من جوانب الشخصية على شكل متلازمة.

❖ هناك اضطرابات أخرى كثيرة تشبه التوحد منها:

ضعف السمع،التخلف العقلي،وصعوبات التعلم واضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه.

❖ نسبة الانتشار.

- نتيجة للاهتمام المتزايد بهذا الاضطراب ونتيجة ظهور أكثر من أداة للتشخيص لحالات التوحد فان هناك اتفاق على إن نسبة ظهور هذا الاضطراب أخذه في التزايد فقد أشارت بعض الدراسات إلى إن النسبة تصل إلى (١٥-٢٠حالة ١٠٠٠٠) لكل حالة ولادة حية.
- كما أشارت دراسة أخرى إلى إن النسبة تكاد تصل (١-٥٠٠)حالة ولادة حية كما هو الحال في الولايات المتحدة الأمريكية والتي أشارت إلى إن حالات التوحد بأنماطها المختلفة وأشكالها تصل إلى (٥٠٠٠٠٠٠) يمكن وصفهم بان لديهم حالة توحد أو احد إشكال طيف التوحد.
- وأشارت الدراسات إلى إصابة الذكور أكثر من الإناث أي تصبح النسبة (١-٢) أي كل أنثى مقابل ذكران ويظهر التوحد في مختلف الطبقات الاجتماعية والمستويات الثقافية والعرقية،وان انتشار مرض التوحد بين الأطفال بازدياد.

❖ أسباب التوحد:

مازالت الأبحاث والدراسات تجري حتى ألان لمعرفة الأسباب المؤدية لحالات التوحد لذا لم يتوصل العلماء إلى مسببات التوحد الأساسية فضلا عن عدم قدرتهم على الكشف عن تأثيرات هذه الحالة في البيئة الدماغية ووظائف أو الخصائص الكيميائية للدماغ،ويمكن نوضحها بعدة عوامل منها.

عوامل متعددة وقد يتفاعل عاملان أو أكثر تشمل ما يأتي

- عوامل جينية.
- عوامل بيولوجية.
- عوامل نيرولوجية.
- عوامل نفسية.
- إصابات في المخ.
- الشلل الدماغي.
- الإعاقة العقلية.
- الأسباب البينية.
- الالتهاب الدماغي.
- تأثير المطاعيم.
- التسمم بالمعادن الثقيلة منها الرصاص.
- نفاذية الأمعاء للكازئين والجلوتين.

❖ أعراض التوحد:

ضعف في التفاعل الاجتماعي مع الآخرين ويتصفون بالعزلة المفرطة والانسحاب والتجنب للمواقف الاجتماعية عاجزين عن التواصل مع المحيطين وكأنهم في قوقعة.

- عدم القدرة على التواصل البصري وارتباط شديد بالجمادات لا بالأشخاص
- خلل في الحواس.
- ضعف في اللعب والتخيل.
- ظهور أنماط شاذة من السلوك.
- الاستخدام المتقطع للغة.
- الانعكاس الضميري بمعنى يثبت ضمير أنت عوضا عن ضمير أنا أيضا يكون عاجز عن استخدام حرف الجر مثلا الطعام على الطاولة فهو لا يفهم هذا بل يقول طعام طاولة.
- النمطية بمعنى تكرار التصرفات الغير معقولة بصورة تلقائية.

- التمسك بالرتابة بمعنى يفضل الطفل التوحدي العمل الروتيني.
- عدم ربط الأحداث وعدم إدراك معنى الأشياء فضلا عن عدم ربط الأحداث مع بعضها.
- المظهر البدني والجسمي العادي.

نظرا لأهمية الموضوع لأخوة القراء في مركز النور والأسر العربية والعراقية.

نأخذ مقتطفات من كتاب دليلك للتعامل مع التوحد مأخوذة من موقع إرشادي في السعودية خاص د. رابية إبراهيم حكيم تخصص الطب النفسي للأطفال من جامعة لندن اكينكز كولج والطب النفسي العام من الكلية الملكية بايرلندا وشهادة ترخيص بتطبيق الاختبارات الخاصة بالتوحد من جامعة كامبردج مع شكري الكبير لها.

❖ من هو مسئول عن تشخيص التوحد؟

يشترك في تقيم التوحد عدد من الاختصاصات

أولا :الناحية الطبية.

عن طريق طبيب نفسي أو طبيب نفسي أطفال أو طبيب أطفال متخصص في النمو والتطور أو طبيب أعصاب أطفال.

ثانيا : تقيم القدرات العقلية.

عن طريق الأخصائي النفسي (علم النفس الإكلينيكي)

ثالثا: تقيم الناحية اللغوية.

عن طريق أخصائي التخاطب.

ولكن المسئول الأول والمباشر عن التشخيص عادة في وطننا العربي هو الطبيب المؤهل ...الذي له خبرة في تشخيص حالات التوحد أو تلقي تدريبا عليه ...سواء كان طبيب نفسي..أو نفسي أطفال أو طبيب أطفال متخصص في النمو والتطور أو طبيب أعصاب أطفال كما ذكرنا أعلاه.

والحقيقة هناك عدد كبير من الأخصائيين النفسيين (علم النفس الإكلينيكي) في الخارج تلقوا تدريب خاص عن تشخيص التوحد ..وبالتالي هم مؤهلين للقيام بهذه المهمة.إما في بلادنا العربية فما زال عدد الأخصائيين النفسيين المؤهلين لذلك قليل...لذا يقوم بهذه المهمة.

الطبيب فهو الذي يقوم بدراسة أعراض التوحد لدى الطفل بشكل مكثف سواء كان بتطبيق مقاييس مخصصة أو مراقبة إكلينيكية..

كذلك يقوم الطبيب بطلب الفحوصات المخبرية من تحاليل دم وأشعة وغيره لاستبعاد أي أمراض أخرى مثل التي سوف نتحدث عليها لاحق .

بعد ذلك يحتاج الطبيب إلى تقيم لقدرات الطفل العقلية ومستوى ذكاءه. وهذه الاختبارات يقوم بها الأخصائي النفسي.ثم تقيم الناحية اللغوية للطفل من قبل أخصائي التخاطب.

ثم بعد ذلك يوضع البرنامج التعليمي الخاص للطفل والخطة الفردية له.

❖ ما العمر الذي يمكن إن نشخص فيه التوحد؟

يشخص التوحد من عمر ثلاثين إلى ستة وثلاثين شهرا أي من سنتين ونصف إلى ثلاث سنوات.. (تصحيح ألان أصبح من الممكن التشخيص المبكر من عمر ١٨ شهر(ومن المهم التشخيص المبكر.حتى يمكن تطبيق برامج التدخل المبكر.

ولكن في بعض الحالات قد لا تكون الإعراض التوحدية واضحة ...وقد يطلب إعادة التقييم للطفل بعد ستة أشهر من قبل الطبيب..أيضا حتى في هذه الحالات مهم تطبيق البرامج التعليمية الخاصة بالتدخل المبكر سواء كان تقوية الناحية اللغوية أو تقوية النواحي الإدراكية أو العضلية.

❖ ما هي المقاييس العالمية المستعملة في تشخيص التوحد ؟

هناك عدد من المصادر لتشخيص التوحد ونذكر منه

DSMIV الدليل التشخيصي للإمراض النفسية من الجمعية الأمريكية للطب النفسي الطبعة الرابعة، إحراز عدد ٦ نقاط أو أكثر بشكل إجمالي.

١) ضعف في العلاقات الاجتماعية (اثنان على الأقل)

ضعف شديد في استعمال التواصل الغير اللغوي مثل النظر بالعين وتعابير الوجه.

- وحركات الجسم المستعملة في العلاقات الاجتماعية.
- عدم القدرة على اكتساب صداقات مع إقرانه.
- ليس لديه الرغبة في مشاركة الآخرين ما يفعلونهم أو ما يفعله.
- ضعف في التبادل العاطفي والاجتماعي مع الآخرين.

٢) ضعف في التواصل (واحد على الأقل)

- عدم النطق أو تأخر في اكتساب القدرة على الكلام.
- ليس لديهم رغبة في ابتداء أو استمرار الحديث.
- ترديد بعض الكلمات بصفة متكررة أو استعمال كلمات غريبة.
- عدم القدرة على اللعب التخيلي أو التقليد الاجتماعي.

٣) نشاطات وأفعال متكررة (واحد على الأقل)

- انشغاله بنشاط أو نشاطين متكررة ومحددة سواء كان بشكل مكثف أو إن تكون غريبة.
- متمسك بروتين أو طقوس معينة.
- حركات متكررة عضلية سواء في رفرفة بالأصابع أو اليدين أو دوران حول نفسه..الخ.
- متعلق ببعض الأشياء.
- إن يكون هناك تأخر في العلاقات الاجتماعية أو اللغة أو اللعب التخيلي قبل إن يبلغ الطفل السنة الثالثة.
- وان هذا الاضطراب ليس متعلق باضطراب ريت أو ألتفكيكي.

أيضا هناك

*ICD ١٠*الدليل التشخيصي الدولي للإمراض النفسية من منظمة الصحة العالمية

أيضا المقابلة التشخيصية للتوحد.

ADI-R Autism Diagnostic Interveiw Revised

Of Lord and her colleagues (١٩٩٤)

يوجه للوالدين يستغرق مدة تتراوح بين ٩٠الى ١٢٠ دقيقة....

تتكون من عدد كبير من الأسئلة حوالي ٩٧ سؤال وتركز هذه الأسئلة على ثلاث أقسام مهمة : التجاوب الاجتماعي\التواص \ والسلوكيات والاهتمامات المتكررة.

وهذه الأسئلة تقوم بتقييم الطفل في الوقت الحالي كما تهتم بعض الأسئلة بمراحل التطور لديه في الماضي..وكلها تدور حول الأقسام الثلاث المذكورة أعلاه

ADI -Rالمقابلة التشخيصية للتوحد:

من المقابلات التي تستعمل في المراكز المتخصصة في تقيم اضطراب التوحد بشكل كبير وهى من المقابلات المشهورة التي تطبق في التشخي.. وأيضا في الأبحاث ... ويحتاج من يطبقها إلى تدريب خاص على كيفية استعمالها وحساب أو تحليل الإجابات

وهناك العديد من الاستبيانات السريعة والسهلة التي تستخدم في إعطاء فكرة عامة وليس تشخيص دقيق مثل:

Autism Behaviour Checklist (krug et al., ١٩٨٠)

CHAT (*Checklist for Autism in Toddler*s) *(baron-Cohen et al.*, ١٩٩٦)

CARS Childhood Autism Rating Scale (Schopler et al., ١٩٨٨)

مقياس كأرز ..هذا المقياس معروف في جامعة نورث كارولينا وقام به شوبلر مكتشف برنامج تيتش المشهور

وهو مكون من خمسة عشر فقرة من الممكن تطبيقها من خلال توجيه الأسئلة إلى الوالدين أو أثناء المراقبة الإكلينيكية للطفل خلال اختبار بيب (وهو اختبار خاص بتقييم قدرة الطفل التعليمية أيضا تابع لمركز تيتش بنورث كارولينا) ولمن يحب إن يأخذ فكرة عامة عن الفقرات التي يتضمنها اختبار كأرز هي (التعامل مع الناس \ التقليد \

التفاعل العاطفي \ حركات الجسم \ التعامل مع الأشياء \ التأقلم مع التغير \ التفاعل النظري\ التفاعل السمعي\ تفاعل واستعمال حاسة الشم واللمس والتذوق\ الخوف أو العصبية\ التواصل اللغوي\ التواصل الغير لغوي \ مستوى النشاط \مستوى تفاعل القدرات الذهنية\ الانطباع العام).

هذا المقياس يحتاج تطبيقه إلى تدريب عملي فكل فقرة أعلاه لها درجات تتراوح من واحد إلى أربعة ... والنتيجة النهائية هي حصول الطفل على درجات إجمالية ا تقسم الأطفال إلى توحد شديد \ توحد خفيف إلى متوسط لا يوجد توحد

المراقبة لسلوكيات الطفل مهمة جدا في تشخيص التوحد ومن المقابلات المشهورة المتخصصة في الملاحظة والتي تستعمل في المراكز المتخصصة..هو اختبار أدوس
ADOS-G) Autism Diagnostic Observation Schedule
هو اتحاد*Lord et al.,* ١٩٨٩ *ADOS* مع *Pre- linguistic Autism Diagnostic*
(Rutter, ١٩٩٥ *& Obsevation Schedule (PL-ADOS DiLavore, Lord*

اختبار أدوس : هو عبارة عن مراقبة الطفل وسلوكياته فى غرفة مخصصة عن طريق تقديم بعض العاب محددة له (الخاصة بالاختبار) وتسجيل تفاعل الطفل مع كل لعبة وقدرته على التواصل مع المختبر وتفاعله الاجتماعي وطريقة لعبه

فمثلا ملاحظة الطفل في الأمور التالية: التواصل البصري\ مشاركة الاهتمام \ حركات الوجه \ المبادرة التلقائية \ محاولة جذب الانتباه \ التفاعل مع نشاط مشترك .. محاولة استعمال الإشارة .....وغيرها من الفقرات الهامة

بعد ذلك تحسب النقاط التي حصل عليها الطفل وتوزع بشكل معين في الاستمارة الخاصة

و يحدد الطفل التوحدى من غير التوحدي وكذلك الطفل الذي لديه الاضطراب النمائي الغير محدد.

PDD-NOS اختبار أدوس يقدم حسب قدرات الطفل على الكلام فالطفل الذي لا يستطيع أن يتواصل باللغة اختباره مختلف عن الطفل الذي بإمكانه التحدث بجمل

قصيرة كذلك هناك اختبار يقدم للأطفال الذين يتكلمون بطلاقة وللمراهقين و البالغين.

مدة هذا الاختبار حوالي ٣٠ دقيقة:

الشخص الذي يطبق هذا الاختبار يحتاج أيضا إلى تدريب خاص في كيفية تطبيقه ... وبعض المراكز تقوم بتسجيل الطفل على شريط فيديو إثناء تطبيق هذا الاختبار ...حتى يتسنى لهم مراجعة النقاط التي سجلها الطفل بشكل أدق.

طبعا جميع هذه الاختبارات ليست مقننة للبيئة العربية لذا من المفضل تطبيق مقايس واختبارات متعددة على الطفل فضلا عن الملاحظة والكشف الإكلينيكي حتى يتم التأكد من الأعراض

ومن هنا نرى إن عند حضور الطفل مع والديه إلى العيادة لتقيم حالته. تحتاج المقابلة إلى وقت طويل قد يصل إلى الساعتين وذلك بسبب كثافة الأسئلة الموجه إلى الوالدين عن طريق المقاييس الخاصة التي قد يستغرق بعضها ساعة كاملة كذلك وقت إضافي لملاحظة الطفل وسلوكياته في الغرفة الخاصة كما أن بعض الحالات تحتاج إلى زيارة مرة أخرى للتأكد من بعض السلوكيات.

وفى بعض المراكز في الخارج يستغرق تقيم الطفل الواحد نهار كامل... وذلك لان الطفل يقيم من عدد من التخصصات الأخرى كما ذكرنا فضلا عن الطبيب هناك الأخصائي النفسي وأخصائي التخاطب وأخصائي البرامج التعليمية.

سنتكلم ألان عن الفحوصات الهامة التي عادة ما يطلبها الطبيب النفسي أو طبيب الأطفال المتخصص في النمو ثم بعد ذلك نتكلم عن الاختبارات التي يقوم بها الأخصائي النفسي وأخصائي التخاطب.وكذلك المختص في البرامج التعليمية

❖ ما هي الفحوصات المختبرية التي يطلبها الطبيب ؟

من المهم إن نعرف انه لا يوجد إي تحليل أو أشعة يثبت لنا أو يجزم إن الطفل مصاب بالتوحد.

ومعظم الاختبارات والتحاليل المطلوبة من أهل الطفل هي لاستبعاد أمراض أخري مصاحبة..أو مشابه للتوحد.

فمثلا اختبار تقيم السمع من الضروريات الأساسية في كل طفل لديه ضعف في التواصل اللغوي فمن المهم استبعاد ضعف السمع لديه.حتى لو كان الأهل مقتنعون إن قدرة السمع لدى طفلهم سليمة.وكثيرا ما تؤكد لي الأمهات عند طلبي لهذا الفحص ...إن طفلها يسمع.فهو يسمع نداءها في بعض الأحيان ..ولكن أحيانا لا يرد.

ولكن مع ذلك نحتاج إلى تقيم قدرة الطفل السمعية لاستبعاد أي ضعف حتى لو كان بسيط ...فلو وجد هذا الضعف يصحح بالسماعات الطبية . ويحسن قدرة الطفل على الكلام.

وهناك عدد من الفحوصات الأولية للسمع والتي قد يستخدمها أخصائي السمعيات ولكن هي عبارة عن مسح أولى . ولكن اختبار السمع عن طريق الكمبيوتر من الاختبارات الفعالة والذي يكشف إي ضعف لدى الطفل فهو يقيم السمع للأطفال في السنوات الأولى .. ولا يحتاج إلى تواصل لغوي أو تعاون من الطفل إثناء تأدية الاختبار.

أيضا من الفحوصات الهامة التخطيط الكهربائي للمخ...

EEG وهو أيضا لاستبعاد أمراض أخرى مصاحبة .. مثل بعض أمراض الصرع التي تأتى أعراضها بضعف في النطق.

MRI وهو ما يسمي للرنين المغناطيس للمخ وأهمية هذا الاختبار هو استبعاد وجود إي أورام في المخ..لا قدر الله.

إما بالنسبة لتحاليل الدم فهناك الروتيني منها مثل الصورة الكاملة للدم وتحاليل وظائف الكبد والكلية والأملاح.

كذلك تحليل الغدة الدرقية – والأحماض الأمينية في الدم وهذه الاختبارات بعضها يطبق بشكل روتيني عند الولادة في بعض البلاد المتقدمة

طبعا الأحماض الامينية أهميتها لاستبعاد الأمراض الاستقلالية والتي تؤثر على النمو لدى الأطفال... مثل مرض الفينايل كيتون يوريا ..وغيره

كذلك بالنسبة لاختبار الغدة الدرقية.فلو كان هناك نقص فى الهرمون الخاص (الثايروكسن) فانه يعطي للطفل على شكل أدوية وينقذ الطفل من إعاقة التخلف العقلي.

أيضا من التحاليل فى بعض الحالات تحليل الكروموزومات أو الصبغات الوراثية وكذلك متلازمة فراجايل.

هذه التحاليل الأساسية التي يحتاجها الطبيب لاستبعاد أمراض مصاحبة أو أخرى مشابهة للتوحد.

هناك بعض التحاليل الأخرى والتي تعتمد على النظريات التي ذكرناها سابقا .. وبما أن هذه النظريات مازالت تحت الأبحاث فالتحايل المصاحبة لها لا تعتبر من الأساسيات ... ولكن الكثير من الأهالي يحبون تطبيق الحمية الغذائية لذا نقوم بطلب تحليل الببايد في البول ولكن هذا التحليل مكلف ماديا لأنه لا يتم في المختبرات المحلية .. ونحتاج أرسله إلى المعمل في الخارج كذلك هناك من الأهالي من يحب الكشف عن نسبة المعادن الثقيلة في الدم بالنسبة لطفله أو تحاليل المناعة وتحاليل الفطريات...وهكذا

بعد إن حصلنا على كشف طبي كامل ... وتقيم الطفل هو توحد أم لا من الناحية الطبية.

نحتاج من يقوم بالكشف على قدرات الطفل العقلية .. وذلك يكون عن طريق الأخصائي النفسي.

فالأخصائي النفسي ... يقوم بتقييم قدرات الطفل العقلية ومستوى ذكاءه ... فالتخلف العقلي هو إعاقة منفصلة تماما عن التوحد كما ذكرنا سابقا بمعنى إن ليس كل توحدي لديه انخفاض في نسبة الذكاء...

- **ما هو دور الأخصائي النفسي وأخصائي التخاطب في تشخيص التوحد ؟**
- **إذا كيف نتعرف على مستوى القدرات العقلية للطفل؟**

ذلك عن طريق اختبارات خاصة يقوم بها الأخصائي النفسي مثل (اختبار وكسلر للأطفال) أو (اختبار وبسي لأطفال ما قبل المدرسة)

Wechsler Intelligence Scale for children (WISC)

Wechsler Pre- School and Primary Scale of Intelligence (WPPSI)

وميزة وكسلر انه يقيم الطفل من الناحية اللغوية والعملية بشكل منفصل.. وهو مقنن على البيئة العربية ولكن قد لا يكون هذا الاختبار مناسب للأطفال الذين لديهم إعاقة ذهنية شديدة

لذا قد يتم اختيار اختبارات أخرى من قبل الأخصائي النفسي حسب ما يراه مناسبا.

وسوف اذكر عدد من الاختبارات الأخرى..مثل مقياس ملر ومقياس فايلاند للنضج الاجتماعي

Merrill - Palmer Scale

Vineland Adaptive Behaviour Scale (Sparrow et al., ١٩٨٤)

❖ كيف نعرف قدرة الطفل اللغوية ونقيمها؟

وذلك يتم عن طريق أخصائي التخاطب..الذي يقوم بتقييم قدرة الطفل اللغوية.. سواء كانت اللغة الاستقبالية وهي قدرة الطفل على الفهم ... مثل إن ينفذ إرشادات موجهه إليه على خطوة واحدة مثل (احضر اللعبة) أو على خطوتين (احضر اللعبة ... وضعها فوق الطاولة) أو يجاوب على أسئلة لقصة صغيرة...أو يجاوب على - Wh questions (what \ *where \ when)*

وهى أسئلة تبدأ أين \ماذا \متى مثلا ..أين مكان الأرنب؟

طبعا رد الطفل أو تنفيذه للتعليمات ... يعكس درجة فهمه للغة .... وهناك اختبارات خاصة يستطيع الأخصائي بعد التحليل إن يعرف هل المستوى الاستقبالي للطفل متماشي مع عمره أم اقل من عمره.

كذلك الحال بالنسبة للقدرة التعبيرية وهي قدرة الطفل على الكلام...مثل إن يستطيع يتكلم بجملة من كلمتين أو ثلاث أو أربع.وهل يستعمل قواعد اللغة بشكل صحيح مثل الحديث في الماضي أو المضارع.. أو الضمائر وهل يستطيع إن يصف بطاقات مصورة تحمل قصة صغيرة هذا فضلا عن إلى تقيم نواحي أخري متعددة مثل وضوح الكلمات ومخارج أحروف؟

ما هي الاختبارات التعليمية التي تساعد على وضع الخطة الفردية؟

❖ اختبار النواحي التعليمية:

وألان بعد إن حصل الطفل على تقيم من عدة جهات يحتاج إلى من يقوم بتصميم أو وضع برنامج تعليمي خاص به حسب قدراته وهو ما يسمي بالتدخل المبكر.

هناك اختبار متخصص في معرفة المستوى التعليمي للطفل يسمى الاختبار التعليمي النفسي هذا الاختبار قام به شوبلر رئيس برنامج تيتش

اختبار بيب *PEP-R TEST (Psychoeducational Profile)*

وهذا الاختبار يطبق في مرحلة الطفولة.. ويختبر نواحي متعددة من قدرات الطفل.. وعلى أساسه يتم تصمم البرنامج الخاص به..

❖ ومن هذه النواحي:

النواحي التطورية للطفل *Developmental Area*

وتشمل (القدرات العقلية واللغوية- قدرات العضلات الصغيرة والكبيرة- الاستقبال أو الإدراك الحسي- التآذر (التوازن) اليدوي والبصري- المهارة التقليدية).

النواحي السلوكية للطفل *Behavioral Area*

وصمم للتعرف على النواحي السلوكية الغير طبيعية لدى الطفل في أربع جوانب رئيسية.

المشاعر والعواطف اللعب وطريقة استكشافه للأشياء التفاعل الحسي اللغة.

مقسم هذا الاختبار إلى ١٧٤ فقرة أو نشاط يغطى جميع الجوانب التي ذكرناها أعلاه ينفذها الطفل على شكل العاب محددة في الغرفة الخاصة وتقيم كل فقرة حسب أداء الطفل (نجاح \ محاولة \ فشل) بعد ذلك تظهر النتيجة على شكل رسم بياني يوضح لنا مستوى الطفل في السبع نقاط الرئيسية الخاصة بالتطور (التقليد \ الإدراك \ العضلات الصغيرة \ العضلات الكبيرة \ ناذر العين مع اليد \ الإدراك الأدائي \ والإدراك العملي)..

وعادة ما نري عدم تساوي في مستوى الطفل من هذه النواحي فهو مثلا ضعيف في الناحية الغوية ومهارة التاذر العين مع اليد والتقليد ولكن مستواه جيد في النواحي المتبقية

وعن طريق الرسم البياني التحليلي ...نستطيع مقارنة العمر الفعلي للطفل وهل هو متناسب مع قدراته ومهاراته الحالية أو لا ومن هنا يبدأ تصميم البرنامج التعليمي الخاص بالطفل حسب قدرته ..عن طريق معرفة النشاطات التي لم يستطيع انجازها الطفل وحصل فيها على درجة(محاولة ١ أو فشل) فبالتالي تصمم نشاطات متعددة يدرب عليها الطفل حتى يجيد المهارات التي هو ضعيف فيها.

- **أين تطبق هذه الاختبارات التي تدرس قدرات الطفل وتبدأ بوضع خطة تعليمية له؟**

المفروض أنها تطبق في المراكز المتخصصة للتوحد أو العيادات المتخصصة ... ولكن للأسف نسبة المراكز التي تطبق مثل هذه الاختبارات مازال قليل في وطننا العربي.

ففي الخارج في المراكز المتخصصة يتم تطبيق مثل هذه الاختبارات في غرفة خاصة مع الطفل لها نافذة عاكسة من جهة واحدة ...بحيث يراقب الوالدين طفلهم إثناء الاختبار من غير إن يراهم.وبعد إن يتم تصميم البرنامج التعليمي المنزلي الخاص ...يقوم المسئول عن البرنامج التعليمي بتدريب الوالدين بشكل مكثف على كيفية تطبيق هذه التمارين في البيت.. وذلك يتم إثناء مراقبتهم له عبر النافذة ..أو من خلال إشرافه المباشر عليهم ...ومن هنا نرى إن دور الأهل في تطبيق البرنامج الخاص مع المركز من الأمور الهامة.

هناك أيضا اختبار أخر يقيم الطفل ألتوحدي عند مرحلة المراهقة وهو

(AAPEP (Adolescent and Adult Psychoeducational Profile

أيضا قام به شوبلر رئيس برنامج تيتش.

والهدف منه: تقيم المراهق في نواحي متعددة .و تحضيره للمستقبل.. والحياة العملية

الأداء العملي: ويدخل من ضمنها قدرته على أداء الإعمال البسيطة مثل الفرز حسب الشكل أو اللون\ مطابقة أشكال \ قدرة على العد

القدرة على الاعتماد على النفس: مثلا في الاستحمام\ لبس ملابسه

القدرة على ملء وقت الفراغ: بنشاطات مختلفة.

السلوك العملي: ويختلف عن الأداء العملي .. حيث إن السلوك العملي يعتمد على تقييم في السلوك إثناء العمل مثل قادر عل العمل بمفرده .. قادر على إتباع الإرشادات .. قادر على تحمل التداخل الخارجي في جو العمل..وكذلك قدرته على التواصل.

عند الانتهاء من هذا الاختبار وتقيم الشاب ألتوحدي يتم عقد الاجتماعات مع الأهل لمناقشة النتائج .. ومعرفة النواحي التي يحتاج فيها إلى مساعدة أكثر.

وأيضا مناقشة ما هي الوظيفة المناسبة له في المستقبل .. حسب ميله ومهاراته وقدراته العقلية.

وهنا أحب إن أوضح نقطة إن إيجاد عمل للشاب ليس لكسب الرزق .. ولكن لملىء الفراغ .. وإعطائه إحساس انه منتج في الحياة

وهناك إعمال كثيرة .. متعددة مثل إعمال مكتبية:

طباعة على الكومبيوتر \ أو فرز أوراق وتدبيسها \

في المكتبات العامة: جمع كتب وفرزها \ ورصها في إعمال النجارة : كمساعد \ قص خشب بطريقة معينة\ تجميع أخشاب\مسامير في المخازن : فرز بضائع بطريق معينة \ رص منتجات على الأرفف في السوبر ماركت: فرز أنواع الخضار والفواكه .. فرز المعلبات.

هناك الكثير والكثير من الإعمال البسيطة التي تعتمد على الروتين .. مثل رص. فرز. تجميع.. لصق أسعار..الخ

كل هذه الأعمال إذا حصل الشاب على تدريب جيد لها في مركزه. يكون أكثر الناس على إجادتها والصبر عليها من الشخص العادي الذي قد يمل من العمل الروتيني.

طبعا كل فرد حسب قدرته ومستواه . فالضعيف لغويا مناسب له عمل يدوى لا يحتاج إلى اللغة لإكمال العمل ويكون الاتفاق مسبقا مع أصحاب الشركات وأصحاب المال على توفير وظيفة أو وظيفتين من هذا النوع ويقوم المشرف على الطالب بمعرف طبيعة العمل وما يتطلبه من مهارات . وبالتالي يحصل الطالب على تدريب مكثف لطبيعة العمل في المركز.. ومن ثم في موقع العمل.. تحت نظر المشرف عليه

وهنا تكمن المتابعة للطالب في مكان عمله.. والتغلب على أي صعوبات يواجهها بالتعاون مع رئيسه في العمل.

❖ هناك عدد من التساؤلات من قبل الأهل حول هل طفلي يعاني من التوحد أم لا ؟

نعم هناك عدد من المؤشرات يمكن ملاحظتها على الطفل ألتوحدي هي:

- لا يصدر أصوانا أو يؤشر بيده أو يستخدم لغة الإشارة بشكل مفهوم بنهاية السنة الأولى.
- لا يستطيع أن يقول كلمة واحدة في سن ١٦ شهراً.
- لا يستطيع أن يجمع كلمتين في شبه جملة عند سن سنتين.
- لا يستجيب عند مناداته باسمه.
- يفقد لغته أو مهاراته الاجتماعية.
- ضعف التواصل بالنظر.
- لا يعرف كيف يستخدم الألعاب بالشكل الصحيح.
- يضع الأشياء في صف طويل أو يحب شيئاً واحداً فقط.-لا يبتسم.
- لا يبدو انه يسمع أحياناً.

❖ هل يشفى الطفل التوحدي؟

الطفل إلي يعاني من اضطراب التوحد كأي طفل أخر للأسف لا يمكن الحديث عن الشفاء في هذه الحالات ، بل ينبغي التركيز على كيفية التعامل مع الطفل التوحدي ومساعدته.

عندما يكبر الأطفال الذين يعانون من التوحد،فإن قدرتهم على الكلام تبدأ في التحسن،حيث يستطيع نصفهم أن يتحدث بشكل تلقائي في سن المدرسة. كذلك قد يستطيع الأطفال في مرحلة سن المدرسة تحمل اللعب مع الآخرين وبناء علاقات اجتماعية بسيطة، وتتلاشى كثير من السلوكيات المضطربة.

إصابة الطفل بالتوحد تعد من أكثر الصدمات إيلاماً للوالدين،لذلك فإنه من المتوقع أن يمر الوالدان بمرحلة من الإنكار والذهول والاكتئاب قبل قبول الواقع. ومع أن هذه المراحل تعتبر طبيعية تماماً،إلا أن الإيمان بالله وقضائه، مهم في هذه الحالات،ولعل النتائج في نهاية المطاف تكون أفضل مما قد تبدو عليه في بداية الأمر. **من الوسائل العملية ما يلي:**

١) اجعل لك نظاماً ثابتاً في البيت وعند الخروج منه ليستطيع طفلك التوحدي مواكبته.
٢) اجعل لطفلك مكاناً محدداً يشعر فيه بالراحة والأمان.
٣) عزز السلوك الإيجابي عند طفلك،وارفع من معنوياته،بالثناء والمكافأة كالسماح له باللعب مزيداً من الوقت بلعبته المفضلة.
٤) أوصل المعلومة للطفل لفظاً، وصورةً، وإشارةَ،واجمع له بين استخدام حاستي السمع والبصر.
٥) قد لا يستطيع طفلك التوحدي إظهار مشاعره ، لكنه يحتاج منك لإظهار مشاعرك تجاهه بشتى الأساليب،فلا تبخل عليه بذلك.

شاور الطبيب المعالج وتواصل مع المعلمين بشكل مستمر.

هناك أنواع عديدة من اضطراب التوحد بعض من هذه الأنواع تنتج عن أسباب طبية عضوية يمكن تشخيصها بسهولة كما معلوم إن تشخيص نوع التوحد هو نقطة الارتكاز الأساسية لبدء العلاجات المختلفة المتوفرة للأطفال المصابين بمرض التوحد هنالك مجموعة من الأساسيات.

❖ أساسيات يمكن إتباعها في كل الخطط العلاجية للتوحد:

١) الكشف الطبي الشامل للطفل التوحدي وعلاجه، مع مراعاة الفروق الفردية بينهم.

٢) الكشف النفسي الشامل له، مع دراسة البيئات التي يعيش فيها (الأسرة، الروضة، المدرسة ... الخ)

٣) محاولة اختراق العزلة التي يعيش فيها، بالتربيت الخفيف على كتفه، وبالتواصل البصري غير المطول معه، وبالتحدث إليه بعبارات قصيرة، وبلفت رأسه ناحية المتكلم معه دون عنف ، ثم تركه عند الشعور بأنه على وشك التصرف بطريقة ضارة به أو بالآخرين.

٤) عدم إحداث تغييرات تؤدى إلى إحداث توتر عصبي لديه.

٥) دراسة سلوكياته لتحديد أي منها ينبغي تعديله.

٦) استخدام التعزيز والتشريط في تعديل ذلك السلوك.

٧) تشجيعه على الملاحظة ثم التقليد، بمبتدئين بالحركات الرياضية، وبالتلوين وبعمل المجسمات.

٨) تشجيعه على التواصل مع الغير حركياً ولفظياً ورمزياً.

٩) الاستعانة بأخصائي تخاطب لتعميق التدريبات على الكلام.

١٠) تنمية مهاراته وبالتالي قدراته الاجتماعية كالتلويح باليد للترحيب بالقادم ولتوديع المغادر .. الخ، وهى أصعب خطوة في البرنامج العلاجي السلوكي.

١١) ضرورة تعاون الأسرة مع الروضة ومع المعالجين في تنفيذ أي برنامج يتم وضعه حتى يكتمل تنفيذه.

١٢) الدخول ببطء في برنامج لتنمية البناء المعرفي الموجود لديه.

١٣) تنشيط استجابته للمثيرات ليمكنه تكوين خبرات متكاملة مما يأتيه من البيئة عن طريق حواسه المختلفة، فنقدم له قصة تتضمن مرئيات وسمعيات ومسيرات لمسية وشمية وتذوقية ما أمكن ذلك.

١٤) بمساعدة الموسيقى الهادئة يمكن تحقيق الاسترخاء له خلال تدريبه على التواصل مع الغير لتقليل احتمال ظهور النوبات العدوانية بسبب ما يحدث عليه من ضغوط خلال تلك التدريبات.

الفصل الرابع
التوحد الأسباب،التشخيص،العلاج

عادة ما يتم الخطأ في تشخيص هذه الحالات ووصفها بأنها حالات لأطفال أشقياء منعزلين غريبي الأطوار، أو عباقرة صغار، أو حتى مضطربين عاطفياً، قد يتم توجيه اللوم إلى الوالدين ووصفهم بأنهم غير قادرين على تربية أبنائهم بالصورة الصحيحة قبل التشخيص والذي يؤدي بعد ذلك إلى زيادة قلقهم.إن اضطراب التوحد هو اضطراب نمائي مع وجود عامل وراثي فيه،وقد يكون أحد أقرباء المريض مصاباً بهذا الاضطراب.

إن عدم التربية الصحيحة من قبل الآباء أو حتى الإهمال ليس سبباً لحدوث هذا الاضطراب ، إن هناك اختلافا في الدماغ عند هؤلاء الأطفال سواء في التكوين أو الوظيفة أو في العمل والذي هو الآن محل بحث كبير، إن اضطراب التوحد يتم تصنيفه ضمن اضطرابات التحلل النمائي، الأعراض قد تظهر قبل سن ٣٦ شهراُ ، ولكن في المعدل لا يتم تشخيص اضطراب التوحد قبل سن ٥ سنوات ، وفي بعض الحالات قبل البلوغ أو حتى الكبر.

إن قدرات حالات اضطراب التوحد تتراوح بين الذكاء فوق المتوسط والصعوبات التعليمية الشديدة (عند حالات متلازمة أسبرجر والتوحد العالي الوظيفة).

إن الذين يعانون من اضطرابات التوحد قد يعانون من مشاكل أخرى مثل الصرع ، وصعوبات التعلم ، وفقدان البصر أو السمع ، ومتلازمة داون، على سبيل المثال لا الحصر .

- **العلامات التي يمكن أن تشير إلى إصابة باضطراب التوحد:**
  - تأخر في الكلام في بعض الحالات ولكن ليس في كل المجالات.
  - التجنب الاجتماعي للكبار والأطفال معا.
  - نقص الانتباه المشترك.
  - الحوار الأحادي الجانب.

- تواصل بصري غير طبيعي.
- استجابات حسية غير طبيعية.
- قد يصف الآخرون الطفل بصفات منها بأنه غير اجتماعي، منعزل، شقي، أو متمحور حول ذاته أو حتى شاذ أو غريب الأطوار.

- **المعلومات التي قد تشير إلى الإصابة باضطراب التوحد وهي كالآتي :**

- الانعزال الاجتماعي ، القلق أو الاكتئاب.
- صعوبات على مدى حياتهم خصوصاً في العلاقات الاجتماعية ، أو في العمل.
- أسلوب حواري غير عادي مع محتوى غريب ، وتيرة مختلطة وتواصل بصري مضطرب.
- تصلب في التفكير أو السلوك.
- اهتمامات مفرطة في بعض المجالات الأخرى.
- استجابات حسية غير ملائمة.

- **التشخيص:**
- **كيف يمكن تشخيص حالات اضطراب التوحد المزمعة ؟**

- لا يوجد فحص طبي لإثبات التشخيص.
- يجب أخذ تاريخ كامل لنمو الطفل ومراحل نموه المختلفة.
- يمكن تطبيق أداة مسحية أو تشخيصية لاضطراب التوحد.
- يجب ملاحظة الطفل البالغ في مختلف البيئات سواء لوحده ، أو مع الآخرين، أو في وضعيات وبيئات مختارة لهذا الغرض.
- يتم تحويل الطفل إلى أخصائي الطب النفسي للأطفال والبالغين ، أو فريق تشخيصي متخصص.

- **الطرق المسحية أو التشخيصية:**

- مبنية على الملاحظة للسلوكيات الحالية وجمع المعلومات المتعلقة بمراحل النمو في السنين الأولى لدى الطفل.

- المعايير التشخيصية في ICD-١٠ أو DSM-IV.
- التقييم من قبل أكثر من مؤسسة مفضلاً فريق متعدد الاختصاصات.
- مقابلة الوالدين وأخذ التقارير ممن يقومون برعاية الطفل.
- هناك عدة استبيانات وأدوات للتشخيص قد تم تطويرها من اجل المساعدة على الوصول إلى التشخيص.

- **أدوات المسح تشمل :**

- (قائمة لاستبانة التوحد عند الأطفال) CHAT
- (اختبار متلازمة أسبرجر عند الأطفال) CAST

- **أدوات التشخيص تشمل:**

- (مقابلة تشخيصية للاضطرابات الاجتماعية والتواصلية) DISCO
- (مقابلة تشخيص التوحد – مراجعة) ٣DL / ADI-R
- (مقابلة تشخيص متلازمة أسبرجر) ASDI
- (استبانة ملاحظة التوحد التشخيصي) ADOS

- **المحاور الرئيسية للتشخيص :**

- التطور خلال أول ٣٦ شهراً من حياة الطفل.
- التواصل الاجتماعي مع أفراد الأسرة والأقران.
- مهارات التواصل واللغة.
- اهتمامات الطفل بالتسلية واللعب.
- التاريخ التعليمي للطفل وإنجازاته المدرسية.
- الوظائف اليومية للحالة ومدى استغلاليتها.
- رغبات الأسرة الحالية ورغبات الحالة.

- **أهمية التشخيص:**

- سهولة الوصول والاستفادة من العلاجات المتاحة من قبل الأخصائيين ، وحتى قراءة المعلومات اللازمة من مصادرها الصحيحة.

- يوفر تفسيراً علمياً لهذه السلوكيات ، مما يعطي ارتياحا لدى الوالدين والأخصائيين على حد سواء! وحتى الشخص الذي يعاني من اضطراب التوحد نفسه.

• المشاكل المصاحبة لطيف اضطراب التوحد:

• ماذا يجب على أطباء العائلة معرفته ؟

١) ازدواجية التشخيص.

٢) المشاكل العقلية الأخرى.

٣) الخطأ في التشخيص.

٤) معالجة الاضطرابات العقلية.

• التشخيص المزدوج:

- كما ذكرنا سابقاً ، إن اضطراب التوحد قد يوجد جنباً إلى جنب مع اضطرابات نمائية أخرى مثل (متلازمة داون ، ومشاكل التعلم ، ومشاكل عصبية (مثل خلل التناسق ، الصرع) وحتى اضطرابات وظيفية (على سبيل المثال الشلل الدماغي ، واضطراب البصر) . إن التشخيص المزدوج يساعد على علاج الإضطرابين أو الاضطرابات المصاحبة في وقت واحد.

• المشاكل العقلية والنفسية الأخرى:

- إن حالات اضطرابات التوحد قد تعاني أكثر من غيرها من المشاكل النفسية والعقلية الأخرى مثل (القلق ، والاكتئاب ، والاضطراب القطبي) والتي قد تكون حادة أو مزمنة .

- هناك مستوى معين من القلق لدى حالات التوحد لكنه قد يزداد في بعض الأحيان ويصل إلى درجات مرتفعة من القلق مثل حالات الرهاب ، وقلق الانفصال ، والوسواس القهري أو حتى اضطرابات النوم والأكل.

- هذه الحالات تحتاج بالضرورة إلى علاج ، ولكن التداخل مع اضطراب التوحد قد يؤثر على تشخيصها وبالتالي علاجها .
- إن التعامل مع القلق عند هذه الحالات قد يظهر بصورة سلوكيات تحدي..، أو حتى إيذاء الذات ، والرهابات يمكن أن تستتر حالات الذعر ولذلك يمكن رؤية الحالة بأنها عنيفة ، ومتحدية للآخرين أو منعزلة اجتماعياً.
- يمكن تشخيص حالة الاكتئاب بصورة خاطئة على أنها حالة انعزال اجتماعي أو حتى حالة نكوص.

• اكتشاف المشاكل النفسية عند هذه الحالات:

- إن اكتشاف الاضطراب النفسي المصاحب لهذه الحالات قد يكون صعباً في كثير من الأحيان ، وبما أن حالات التوحد لديهم قصور في معرفة ذاتهم فإن على الطبيب أن لا يعتمد على وصف هذه الحالات لذ فسهم وشعورهم بصورة لفظية ، ودائماً يجب أن يحكم على حالتهم النفسية من خلال مراقبة سلوكهم .

• قد يحصل في بعض الأحيان نوع من الالتباس في الحالات الآتية:

- الشك والخلط بين اضطراب الوسواس القهري وبين وساوس التوحد.
- وساوس التوحد عادة ما يقلل القلق عند هذه الحالات ويـ كون مصدراً لراحتهم وسعادتهم.
- اضطراب الوسواس القهري يزيد من مستوى القلق ولديه عنصر قهري فيه.
- قد يتم الخلط بين اضطرابات الأكل وبين تصلب حالات التوحد حيال الطعام (بحيث لا يأكلون إلا طعاماً له لون معين ، وملمس معين ومن ماركة محددة) وهذه السمات شائعة بين حالات التوحد.
- قد يتم الخلط في تشخيص حالات التوحد في اضطرابات نفسية أخرى مثل الفصام وخصوصاً عند البالغين الذين يعانون من اضطرابات التوحد ، وينشأ هذا عادة بسبب سوء فهم المعنى الدقيق للكلمة (فعلى سبيل المثال عندما يسألون عن الهلاوس

- السمعية، هل تسمعون أصواتاً ؟ يجيبون بنعم لأنهم يسمعون أصوات الناس ، ولكنهم لا يفهمونها على أنها أصوات تنشأ في عقولهم كأحد أعراض الفصام .

- **معالجة الاضطرابات النفسية والعقلية عند هذه الفئة:**

يمكن معالجة هذه المشاكل بالدواء ، ولكن حتى العلاجات السلوكية والتعليمية قد تكون ذات فائدة ، أما باستخدامها لوحدها أو مع استخدام الدواء بصورة مؤقتة.

- **الأدوية:**

قد تحدث أحياناً تفاعلات غير نمطية مع هذه الأدوية عند هذه الحالات، وفي بعض الأدوية هناك تفاوت ضيق لفاعلية الدواء العلاجية (مثل *Naltroxone*) . إذ تترك آثاراً جانبية على الحالة ، ولكن هناك فاعلية دوائية ناجحة لبعض العقاقير مثل *(Resperidone, Ritaline, Prozac)*

- **العلاج التعليمي / أو المعرفي:**

- إن أفضل الطرق تكمن خلال تشجيع التأقلم الإيجابي (تعلم مهارات التأقلم والوعي) .
- حل المشاكل بصورة ايجابية يزيد من الفهم.
- العلاج السلوكي المعرفي (CBT) ، والمعدل خصيصاً لهذه الفئة.
- بيئات منظمة وقابلة للتكهن لدى هذه الفئات.

- **الاسترخاء :**

- **العام** : الحسي ، التأمل ، اليوغا ، الضغط العميق ، قراءة القرآن ، الاستماع إلى الموسيقى.
- **الخاص** : لي الأذرع ، إغلاق العيون ، الغناء والهمهمة، ممارسة التمرينات الرياضية.

- **الطعام :**

- قد يستفيد البعض من الأطعمة الخاصة.

علاجات أخرى:

- التكلم مع الآخرين (بالخصوص الوالدين ، المعلمين ، الأصدقاء)
- الرسم ، التمثيل ، الموسيقى ، العمل .

•دور الأسرة :

•كيف يمكن لطبيب العائلة أن يساعد أسر هذه الحالات ؟

- أنت أو الأسرة تشك في إمكانية وجود الاضطراب عند هذا الطفل.

•الوقت :

مما لا شك فيه أن التشخيص المبكر قد يحسن من علاج وتطور الاضطراب عند بعض الحالات ولذلك حاول البحث عن طبيعة وتوقيت المشاكل الأولى ، كما أن الملاحظة الدقيقة والمستمرة لسلوك الطفل قد يساعد الأخصائيين أثناء زيارتهم ، وعن تقبل أعضاء الأسرة للآخرين قد يفيدهم في سرعة وتحسن الحالة.

•التقييم :

- تقييم الطفل مع الأسرة قد يكون مساعداً للتشخيص ، ركز على الأنشطة الاجتماعية ومهارات التواصل وسلوك الطفل ، تقييم القدرات العقلية ، الملاحظات في أكثر من وضع اجتماعي وتطور الكلام واللغة عند الطفل.

• التحويل :

- حول الطفل إلى الطبيب المختص (الطبيب النفسي للأطفال والناشئة)

• حلقة الوصل :

- قد يكون صعباً للوالدين أو من يقوم برعاية هذا الطفل بمتابعة أكثر من مختص بهذه الحالة . ولذلك يمكن أن تكون همزة الوصل بين الأهل والمختصين ، وذلك عن طريق جمع المعلومات عن الحالة أولاً بأول مع كل المختصين لإحاطة الأهل بها عند اللزوم.

- **أستمع :**
  - إن لدى الوالدين أو من يقوم برعاية هذا الطفل قلقاً عاماً ، حاول أن تكون متفهما ومستمعاً جيداً.
- **المعلومات اللازمة :**
  - حاول أن ترشد الأهل إلى استقاء المعلومات الصحيحة من شتى المصادر كالإنترنت ، والكتب، والدوريات المختصة ، الخ.
- **قبل المقابلة :**
  - حاول أن تقيم الحالة مبدئياً وذلك من خلال الاتصال الهاتفي مع الأهل، واستكشاف نقاط القوة والضعف ، كالصدود ومعرفة أفضل الطرق للتواصل مع هذا الطفل المصاب بالتوحد.
- **بين للأهل :**
  - ماذا سيحدث عند الزيارة ومن سيكون حاضراً فيها ، كي يستطيعون تهيئة الطفل / البالغ المتوحد قبل الزيارة . اسأل عن أفضل الوسائل للتعامل ؟ وما الذي يجب تجنبه ؟ وحاول استكشاف المثيرات الحسية ، وحاول معرفة مستوى فهم الحالة ، وما الذي يفضل الطفل لمسه ؟ وإن كانت هناك مخاوف مجدداً لدى الحالة .
- **الخطة :**
  - قرر أين يمكن للطفل أو الأسرة أن ينتظروا ؟ قلل وقت الانتظار قدر الإمكان، خطط للإجراءات التي ستقوم بها وحاول استكشاف استراتيجيات السلوك التي ستتبعها .
- **المقابلة :**
  - الطفل قد يحتاج إلى وقت أطول خلال المقابلة

- التمثيل ولعب الأدوار : بين للمريض ولأهله ماذا تنوي القيام به ؟ وما هي الأشياء التي يمكن أن تقدم للمريض كهدية إن أبدى تعاوناً معك (مثلاً وجبة طعام). حاول أن تستخدم أسلوب تعامل الأهل مع الطفل كدليل لك للتعامل معه .

- **هدئ المريض :**

- حاول أن توفر ألعاباً تقلل من توتر المريض/الطفل (على سبيل المثال كرة بلاستيكية للضغط عليها). أسأل الوالدين عن طرق تهدئة الطفل .
- حاول إعطاء المريض وقتاً إضافياً لاستيعاب كلامك.

- **الوالدان :**

- حاول إفهام الوالدين عن طبيعة الحالة . الوالدان يستطيعان مساعدة الطفل على اكتساب مهارات استقلالية ، كارتداء الملابس عن طريق التمثيل البصري .

- **النصيحة :**

- الإرشاد إلى مصادر تعليمية عن طريق تعلم الذهاب إلى الحمام / وطرق الاسترخاء ، والأكل ، والنوم والتعامل مع القلق .

- **التدخل :**

- إذا كان ممكناً ، حاول التدخل في غرفة أخرى غير المستخدمة للنقاش لتجنب الربط السلبي ، حاول أن تجعل المثيرات البصرية والسمعية في هذه الغرفة قليلة قدر الإمكان حتى لا يتشتت انتباه الطفل .

- **ما بعد المقابلة :**

- سجل ملخصاً للوالدين حول كيفية التعامل مع الطفل بعد المقابلة لكي يستخدموه في المنزل .

- **هناك صعوبة لدى الأسرة في التأقلم:**

- بينت الدراسات بأن أهل المتوحدين يعانون توتراً شديداً.

- يمكن طلب المساعدة من المؤسسات المعنية بالشئون الاجتماعية لإعطاء علاوة للإعاقة أو توفير معونة مالية أو سكنية إن أمكن .
- الإحالة إلى مؤسسات خاصة تهتم بالعناية بهذه الفئة مثل مركز الرشاد والوفاء وعالية بالبحرين.

الفصل الخامس
اضطرابات اسبر جر

- لقد وضعت الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين في الدليل التشخيصي والإحصائي المعايير التشخيصية التالية لاضطراب اسبر جر :

أ- إعاقة نوعية في التفاعل الاجتماعي كما هو مبين فيما لا يقل عن اثنتين مما يلي:

١- إعاقة ملحوظة في استخدام السلوكيات غير اللفظية المتعددة مثل التحديق بالعين ، تعابير الوجه ، وضع الجسم ، استخدام الإيماءات لتنظيم التفاعل الاجتماعي .

٢- الفشل في إقامة علاقات ملائمة لمستويات النمو مع الأقران .

٣- ضعف التطلع الذاتي لمشاركة الآخرين المتعة والاهتمام والانجاز مثل عدم اطلاع الآخرين على الأشياء وعدم الإشارة إلى شيء وعدم جلب الأشياء لهم

٤- ضعف التبادلية الاجتماعية الانفعالية .

ب- أنماط سلوكية محدودة ومكررة ونمطية سواء من ناحية السلوك أو الاهتمامات أو الأنشطة كما هو مبين فيما لا يقل عن واحدة مما يلي

١- تصرفات حركية متكررة ونمطية مثل طقطقة الأصابع أو اليدين حركات جسم معقدة.

٢- الانشغال بسلوك نمطي واحد أو أكثر بصورة غريبة وتركيز شديد.

٣- الالتزام الشديد بالأنشطة والطقوس غير الوظيفية .

٤- الانشغال الدائم بأجزاء الأشياء .

ت- الاضطراب يسبب إعاقة سريريه ملحوظة في القدرات الوظيفية الاجتماعية والمهنية وغيرها من الميادين الوظيفية.

ث- لا يوجد تأخر لغوي سريري ملحوظ مثل استعمال الكلمة المفردة بعمر سنتين والجمل التواصلية تستخدم بعمر ٣ سنوات.

ج- لا يوجد تأخر سريري ملحوظ في التطور المعرفي أو في تطور المهارات المساعدة الذاتية المناسبة للعمر أو السلوك المتكيف باستثناء التفاعل الاجتماعي أو الفضول وحب الاستطلاع فيما يتعلق بالبيئة الطفولية .

ح- لا تتطابق معالجة التشخيص مع الاضطرابات النمائية الأخرى أو الفصام.

- **لقد وصفت وليامز عام ١٩٩٥م سبعة خصائص رئيسية لمتلازمة اسبر جر مع الاقتراحات العلاجية لها وذلك على النحو التالي :**

١- الإصرار على التماثل من خلال مقاومتهم لتغير بسيط في البيئة وانشغالهم في سلوكيات طقوسية ويوصفون بأنهم قلقون وقهر يون وخصوصاً عندما لا يعرفون ما هو متوقع ، هذا بالإضافة إلى أنهم يعانون **من الضغط النفسي والتعب وفيما يلي بعض المقترحات العلاجية :-**

- ✓ زود الطفل ببيئة آمنة وقابلة للتنبؤ .
- ✓ قلل مقدار الانتقالات في المهمات التعليمية .
- ✓ وفر روتين يومي، فالطفل يجب أن يفهم الروتين اليومي ويعرف ما هو متوقع حتى يستطيع التركيز على المهمة.
- ✓ تجنب المفاجآت وهيئ الطفل بشكل تدريجي للأنشطة الخاصة .
- ✓ أخبر الطفل عن شكل التغيير حتى تتجنب سلوكه القهري .

٢- إعاقة في التفاعل الاجتماعي يعانون من عدم القدرة على فهم القواعد الاجتماعية المعقدة كما أنهم يوصفون بالتمركز حول الذات ولا يرغبون بالتفاعل مع الآخرين ولا يفهمون الفكاهة ويستعملون نغمات صوتية غير طبيعية وتواصل بصري ولغة جسم غير مناسبة كما أنهم غير حساسين ويسيئون فهم الإشارات الاجتماعية وغير قادرون على إصدار الحكم ويمتازون بضعف القدرة على المبادرة في المحادثات والمحافظة عليها فتواصلهم ضعيف وبسبب أسلوب كلامهم وتمسكهم بالقوانين

والتفاصيل فهم يوصفون بالأستاذ الصغير ولا يدركون أن الآخرين يكذبون عليهم كما أن لديهم الرغبة في أن يكونوا جزءاً من العالم الاجتماعي **وفيما يلي بعض الاقتراحات العلاجية :-**

- وفر حماية للطفل من السخرية .
- ركز على المهارات الأكاديمية المناسبة للطفل ووفر مواقف تعليمية تعاونية مع الرفاق لتعزيز مهارات القراءة والمفردات والذاكرة.
- في المجموعات العمرية الأعلى حاول أن تعلم الرفاق عن الأطفال المصابين باضطراب اسبر جر وعززهم لمعاملتهم الجيدة .
- علم الطفل كيف يتفاعل مع الآخرين .
- علم الطفل كيف يستجيب لمشاعر الآخرين ويفهمها .
- شجع الأنشطة الاجتماعية وقلل من مقدار الوقت الذي يقضيه الطفل لوحده.

٣- المدى المحدد من الاهتمامات ينشغل الأطفال المصابون باضطراب اسبر جر بمدى محدد من الأنشطة وأحيانا يرفضون تعلم أي شيء خارج نطاق اهتماماتهم المحددة **وفيما يلي بعض الاقتراحات العلاجية:-**

- لا تسمح للطفل بان يسال أسئلة متكررة حول الاهتمامات المحددة وذلك من خلال تحديد وقت محدد يومياً للطفل للحديث عنها.
- استعمل التعزيز الايجابي لتشكيل السلوكيات المرغوبة .
- علم الطفل بان يتبع خطوات وقواعد محددة لأداء الواجبات التعليمية
- أعطي الطفل واجبات متصلة باهتماماته قيد الدراسة .
- شجع الطفل على زيادة وتوسيع مخزونه السلوكي .

٤- ضعف التركيز يمتاز الأطفال المصابون باضطراب اسبر جر بأنهم غير منظمين وأنهم لا يستطيعون التركيز على الأنشطة الصفية وان تركيزهم غريب موجه إلى

مثيرات غير مناسبة وأنهم لا يستطيعون تحديد ما هو مناسب وأنهم ينسحبون من العالم الاجتماعي ولديهم صعوبة في التعلم من المواقف الاجتماعية **وفيما يلي بعض المقترحات العلاجية :-**

- اعمل على تجزئة المهمات الكبيرة إلى صغيرة وقدم تغذية راجعة متكررة وإعادة التعليمات.
- استعمل البرامج التعليمية المنظمة والتعزيز .
- اجلس الطفل في الصفوف الأمامية من الصف ووجه إليه أسئلة متكررة.
- استعمل الإشارات غير اللفظية لإعادة توجيه انتباه الطفل وتركيزه.
- شجع الط فل على التركيز على العالم الحقيقي بدلاً من الخيالي .

٥- ضعف التناسق الحركي يمتاز المصابون باضطراب اسبر جر بتناسق حركي ضعيف وعدم النجاح في الألعاب التي تتطلب منهم مهارات حركية لذا فالعيوب في الحركات الدقيقة تسبب مشكلات في السرعة والرسم **وفيما يلي بعض المقترحات العلاجية:-**

- أشرك الطفل في برنامج رياضي إذا كانت مشكلاته في الحركات العضلية الكبرى .
- أشرك الطفل في المنهاج الصحي في التربية الرياضية .
- لا تجبر الطفل على الاشتراك في الأنشطة الرياضية التنافسية .
- صمم برامج رعاية فردية كثيفة للطفل .
- شجع الطفل على الرسم على الورق وهذا يساعده على ضبط الحجم والكتابة .
- أكد على أداء الطفل الجيد في المهمات .

٦- الصعوبات الأكاديمية يمتاز المصابون باضطراب اسبر جر بان متوسط ذكاءهم عالي خصوصاً في المجال اللفظي إلا أن لديهم قصور في مهارات التفكير والفهم ويميلون إلى أن يكونوا حرفيين فخيالهم مجرد والقدرة على التجريد ضعيفة إضافة إلى ذلك فهذه الفئة من الأطفال تمتاز بذاكرة حرفية ممتازة إلا أنها ميكانيكية

٧- بطبيعتها ومن جهة أخرى لديهم ضعف في حل المشكلات **وفيما يلي بعض المقترحات العلاجية :-**

- زود الطفل ببرامج تربوية فردية مناسبة لتحقيق النجاح وعزز التعلم وابتعد عن إثارة القلق لديه .
- زود الطفل بتفسيرات مناسبة وبسيطة للمفاهيم المجردة .
- وسع ذاكرته .
- لاحظ أن المستويات المتعددة للمعنى والمشكلات السببية في الروايات لا تفهم.
- هؤلاء المصابون لديهم مهارات معرفة قرائية ممتازة إلا أن فهم اللغة لديهم ضعيف لذلك لا تفترض أنهم يفهمون ما يقرؤون .
- أداؤهم الأكاديمي يمتاز بنوعية ضعيفة بسبب عدم بذلهم الجهود في المجالات التي تقع خارج نطاق اهتماماتهم.

٨- ضعف التحصين الانفعالي يمتاز بعض المصابون باضطراب اسبر جر بان لديهم معاملات ذكاء تمكنهم من المنافسة في الصف إلا انه ليس لديهم مهارات انفعالية للتعامل مع متطلبات الصف لذلك فهم يعانون من الضغوطات النفسية بسبب عدم مرونتهم بالإضافة إلى ذلك فان تقديرهم لذاتهم متدني وينتقدون ذوا تهم كما أنهم غير قادرين على تحمل الأخطاء ويظهرون الانزعاج كاستجابة للضغط النفسي والإحباط فهم ذ ادراً ما يشاهدون في حالة استرخاء **وفيما يلي بعض المقترحات العلاجية :-**

- احمي المصاب من المستويات العالية من الضغط النفسي وهيئه للتغير في الروتين اليومي فالتغيرات غير المتوقعة تسبب القلق والانزعاج والغضب والخوف .
- علم الطفل كيف يتعامل مع مصادر الضغط النفسي من خلال خطوات واضحة.
- كن على وعي بالتغيرات السلوكية التي تسبب الاكتئاب مثل عدم التنظيم والعزلة .
- علم الطفل المهارات الاجتماعية المناسبة .
- قدم مساعدة أكاديمية للطفل عند ملاحظة صعوبات أكاديمية لتجنب الفشل.

- وفر بيئة تعليمية منظمة داخل الصف والمنزل .
- اطلب مشورة المختصة دائماً.

- **الطيف الثالث وهو متلازمة ريت:**

يظهر اضطراب ريت عبر التواصل بين مجموعة من الخصائص الجسدية والسلوكية والمستويات المتصاعدة لأمونيا الدم أو مرض الدم لقد كانت هذه الملامح توجد في الإناث فقط وريت اضطراب:

١-عصبي تصاعدي يصيب الإناث بشكل أساسي ويتميز.
٢- بلوى اليدين المتشابكتين بشكل متواصل.
٣- والتخلف العقلي.
٤- وإعاقة في المهارات الحركية
٥- وتظهر هذه الصعوبات بعد أن يكون الشخص قد تجاوز بداية طبيعة من النمو .

لقد عرف هذا الاضطراب منذ مدة قصيرة فقط إذ تم وصفه لأول مرة من قبل أندرياس ريت مع ذلك لم يحظ بالاهتمام إلا بعد ١٧ عاماً عندما نشر تقريرا حوله بعد دراسة ٣٥ حالة من فرنسا والبرتغال والسويد.

- **حالة لوري :**

كانت لوري في التاسعة من عمرها لكنها تبدو في الرابعة من عمرها كانت عيناها البنيتان الواسعتان وابتسامتها الدائمة تجعلانها محبوبة من قبل جميع العاملين معها لكن على الرغم من جمالها إلا أن لوري تبدو أنها لا تفهم الكثير مما تسمعه مع أن سمعها جيد وجرى تشخيص حالتها على أنها تخلف عقلي شديد إلى شديد جداً وتوصف لوري بأنها لا تتكلم وتتنفس بصعوبة وتشد على أسنانها بشكل مستمر وان أكثر الأمور اللافتة للانتباه هو حركة يديها وتشابكهما كما يفعل ممثلو الأفلام الصامتة خلال لحظات التوتر وأظهرت الفحوصات العصبية بأنها تعرضت لنوبات مرضية متزايدة

وخلال السنوات الأخيرة بدأت تواجه صعوبات مستمرة في المشي وحتى تحافظ لوري على توازنها فإنها تمشي وهي تحرك ساقيها متباعدتين من جهة إلى الأخرى و تظهر حركات لوري ليديها وكأنها فاقدة الصبر لما يدور حولها وفي إحدى المرات عندما كانت لوري في السابعة تعثرت وكادت تسقط على الأرض وكمحاولة لاسترجاع توازنها رفعت لوري يدها وأمسكت بشعرها ولم تكتف لوري يلوي يديها ولكن أيضا بشد شعرها ثم زادت حركة شد الشعر حتى أزالت الشعر تقريبا من احد جوانب رأسها .

وقد ازدادت حالة لوري سوءاً وأصبحت بحاجة أكثر فأكثر إلى مساعدة الآخرين في المشي إضافة إلى ذلك فقد تباطأت معدلات نموها الجسدي ولم تتحسن قدرتها على فهم الآخرين والتواصل معهم وعلى الجانب الايجابي تبدو لوري متجاوبة مع محاولات المساعدة الهادفة إلى جعلها أكثر اجتماعية كالنظر بشكل مباشر أكثر إلى البالغين والي الأطفال الآخرين .

لقد حددت الجمعية الأمريكية للطب النفسي في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعايير التشخيصية لاضطراب ريت على **النحو التالي كافة النقاط التالية :-**

١) تطور قبل ولأدي طبيعي .

٢) تطور حركي نفسي خلال الخمسة أشهر الأولى بعد الولادة.

٣) محيط الرأس طبيعي عند الولادة .

- **بداية ما يلي بعد فترة النطق الطبيعي.**

١) تباطؤ نمو الرأس خلال الأعمار بين ٥-٤٨ شهراً .

٢) فقدان المهارات اليدوية المكتسبة خلال العمر بين ٥- ٣٠ شهراً متبوعا بتطور حركات يدوية نمطية مثلاً الكتابة باليد وغسل اليدين.

٣) فقدان الارتباطات الاجتماعية بصورة مبكرة رغم أن التفاعل الاجتماعي غالبا ما يتطور لاحقا.

٤) بدايات ضعيفة للمشي وتنسيق ضعيف للحركات المركزية أو الأساسية.

٥) إعاقة شديدة التطور للغة لاستقبالية والتعبيرية مع تخلف نفسي حركي شديد.

• الطيف الرابع وهو اضطراب الطفولة ألتفككي

يتضمن اضطراب الطفولة ألتفككي تراجعا لغويا شديدا وسلوكا متكيفا ومهارات حركية بعد فترة من النمو الطبيعي لفترة تتراوح بين ٢-٤ سنوات في بدايات القرن الماضي عام ١٩٠٨م أعلنت ثيودور هيلر نتائج مراقبة لستة أطفال تعرضوا لتراجع شديد بعد نمو طبيعي لعدة سنوات مع تدهور جاء بوقت أكثر تأخرا مما كان مع اضطراب ريت وقد كان للاضطراب الذي اكتشفته هيلر عدة أسماء عبر السنين منها الخرف الطفو لي ومتلازمة هيلر والذهان ألتفككي وهذا الاضطراب جديد ونادر جداً حيث يحدث مرة واحدة في كل ١٠٠٠٠ ولادة تقريباً وهو يحدث في الذكور أكثر من الإناث وفي إحدى الفحوصات التي أجريت في اليابان لوحظ بان حوالي ٨٠% من الأطفال المصابين بهذا الاضطراب قد اظهروا بعض التحسن في استرجاع مهاراتهم المفقودة وذلك بعد سن الرابعة رغم استمرار معاناتهم من الإعاقات.

لقد حددت الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين المعايير التشخيصية لاضطراب الطفولة ألتفككي **على النحو التالي :-**

١) نمو طبيعي لما لا يقل عن سنتين بعد الولادة ووجود تواصل لفظي وغير لفظي مناسب للعمر الزمني والعلاقات الاجتماعية واللعب والسلوك ألتكيفي .

٢) الفقدان الملحوظ سريرياً للمهارات المكتسبة سابقاً قبل سن العاشرة **في ما لا يقل عن اثنتين من المجالات التالية :**

أ- اللغة التعبيرية أو المستقبلة.

ب- المهارات الاجتماعية أو السلوك ألتكيفي .

ت- التحكم في الأمعاء والمثانة .

ث- اللعب.

ج- مهارات حركية.

٣) أنشطة غير طبيعية في ما لا يقل عن اثنتين **من المجالات التالية :**

أ- إعاقة نوعية في التفاعل الاجتماعي مثل ضعف السلوك غير اللفظي الفشل في تطوير علاقات صداقة نقص التبادل الاجتماعي والعاطفي.

ب- إعاقة نوعية في التواصل تأخر أو عدم وجود لغة منطوقة عدم المقدرة على المبادرة في الكلام أو المحافظة على استخدام نمطي متكرر للغة عدم المقدرة على أداء اللعب التظاهري.

ت- أنماط محددة ومتكررة ونمطية للسلوك والاهتمامات والأنشطة بما فيها التصرفات والأنماط الحركية.

ث- إن هذا الاضطراب غير مفسر بشكل مقبول ضمن أي اضطراب تطوري عام أو الفصام .

تشير البحوث إلى أن أسباب اضطراب الطفولة ألتفككي لها أصول عصبية فالفعلية الدماغية كما تم قياسها من قبل تخطيط الدماغ الكهربائي تبدو غير طبيعية في نصف حالات هذا الاضطراب تقريباً ونسبة حدوث النوبات المرضية هي ١٠%من هذه الحالات ويمكن أن ترتفع حتى إلى ربع الحالات في أعمار المراهقة وفي الوقت الحاضر لم يتم تحديد أي سبب لاضطراب الطفولة التفككي وكما هو الحال مع الاضطرابات النمائية العامة الأخرى فإن معالجة هذا الاضطراب تتضمن التدخلات السلوكية لتعليم الأشخاص المصابين المهارات التي فقدوها وكذلك استخدام الأدوية والمعالجات السلوكية لمساعدتهم على التغلب على مشكلاتهم السلوكية .

- **الطيف الخامس الاضطرابات النمائية العامة الغير محددة:**

يستعمل هذا التصنيف في حالة وجود إعاقة شديدة عامة في تطور التفاعل الاجتماعي المتبادل أو في مهارات التواصل اللفظية وغير اللفظية أو عندما توجد أنشطة واهتمامات وسلوكيات نمطية ولكنها غير مصنفة على أنها اضطراب نمائي عام محدد أو فصام أو اضطراب الشخصية الفصامية أو اضطراب الشخصية التجنبي على سبيل المثال التصنيف يشتمل على التوحد الشاذ لان الأعراض الظاهرة لا تقابل المعيار للاضطراب التوحدي بسبب التأخر في العمر عند الإصابة والأعراض الشاذة أو أعراض فرعية . (د إبراهيم الزريقات ، ٢٠٠٤م ، ٥٥-٧٥)

تشخيص التوحد:

يعتبر تشخيص إعاقة التوحد وغيرها من الاضطرابات النمو الشاملة من أكثر العمليات صعوبة وتعقيدا وتتطلب تعاون فريق من الأطباء والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين وأخصائيو التخاطب والتحاليل الطبية وغيرهم وترجع تلك الصعوبات إلى عوامل متعددة نستعرض لبعض منها فيما يلي :-

١) التوحد إعاقة سلوكية تحدث في مرحلة النمو فتصيب الغالبية العظمى من محاور النمو اللغوي والمعرفي والاجتماعي والانفعالي والعاطفي وبالتالي تعيق عمليات التواصل والتخاطب والتعلم أو باختصار تصيب عمليات تكوين الشخصية في الصميم.

٢) تتعدد وتتنوع أعراض التوحد وتختلف من فرد إلى أخر ومن النادر أن نجد طفلين متشابهين في الأعراض.

٣) كما تتعدد الأعراض وتتنوع العوامل المسببة للإعاقة سواء منها العوامل الجينية الوراثية أو العوامل البيئية المختلفة ومن هنا يمكن تفسير لعدد الأعراض واختلافها من فرد لأخر .

٤) إن أكثر العوامل المسببة للتوحد واضطرابات النمو الشاملة يحدث في المخ والجهاز العصبي الذي يسيطر على كافة الوظائف الجسمية والعقلية والنفسية والسلوكية للإنسان وتتعدد أسباب التوحد كما تعرضنا لها في فصل سابق .

٥) قد يصاحب إعاقة التوحد إعاقة ذهنية شديدة أو متوسطة أو بسيطة أو يصاحبه نشاط زائد أو قصور في الانتباه والتركيز أو صعوبات تعلم أو الافيزيا أو الديسليكيا .

٦) إن بعض الأعراض التي حددها الدليل الإحصائي للاضطرابات العقلية لتشخيص التوحد لا تخضع للقياس الموضوعي بل تعتمد على الحكم أو التقدير الذاتي غير الموضوعي مثل القدرة على تكوين علاقات اجتماعية. صعوبة معرفة أعراض التوحد لغير المختص قبل انتهاء الشهر الثلاثين من عمر الطفل.(فادي رفيق شلبي ، ٢٠٠١م ،٥)

ولو تساءلنا ما حاجة المصابون بالتوحد لخدمات التشخيص والقياس لأجابنا د طارش ألشمري رئيس قسم التربية الخاصة بجامعة الملك سعود سابقاً قائلاً .

- **من أهم تلك الخدمات التي يحتاجها الأطفال خدمات التشخيص والقياس والتي تعتبر بمثابة الخطوة الأولى ضمن سلسلة الإجراءات المترابطة الهادفة إلى:-**

١) توفير معلومات دقيقة وواقعية عن مستوى الأداء في مجالات مختلفة.

٢) التعرف على طبيعة الاضطراب وجوانب القوة والضعف لدى هؤلاء الأطفال.

٣) توفير الأرضية الصلبة لبناء برامج خدمات شاملة تلبي الاحتياجات الخاصة لأطفال التوحد.

٤)كما تعمل على تطوير وتنمية القدرات والإمكانات الوظيفية لديهم .

والتشخيص هو تلك الإ جراءات التي تساعد في إصدار حكم على سلوك ما تبعاً لمحكات معينة ومحددة مع تبيان جوانب القوة والضعف في ذلك السلوك أما القياس فهو شرح وتفسير السلوك أو الظاهرة التي تم قياسها بأسلوب كمي أو رقمي .

إن التشخيص العلمي الدقيق لحالات التوحد يعتبر من المتطلبات الأساسية الضرورية لتقديم الخدمات الخاصة للأطفال وتواجه عملية التشخيص في الوقت الراهن صعوبة بالغة نتيجة عدم توفر الكوادر البشرية المدربة في هذا المجال والتي لديها المعرفة الكافية بالأساليب التشخيصية المختلفة ولهذا من الضروري إلقاء الضوء على هذا الجانب وذلك من خلال **طرح ومناقشة التساؤل التالي :-**

- **ما هي أهم أدوات تشخيص وقياس التوحد ؟**

إن اضطراب التوحد يغطي مجالاً واسعاً من مستوى القدرات النمائية بحيث تشتمل على جميع مستويات الأداء العقلي الذكاء كما أن هذا الاضطراب يتضمن العديد من الأعراض بدرجات متفاوتة ومهارات تواصل مختلفة ومستويات متباينة للكفاية الذاتية إن هذا التباين في أعراض وصفات التوحد ضمن مجموعة الأطفال التو حديين تعتبر تحدياً كبيراً لأدوات وأساليب التشخيص والمقيمين الإكلينيكيين ومن هنا تأتي

أهمية معرفة أسس التشخيص والقياس وضوابطه والاعتبارات التي من الضروري أن يتبناها ويراعيها المهنيين القائمين على تشخيص وقياس الأطفال التو حديين **ويوجد عدد من أدوات قياس وتشخيص التوحد منها :-**

١) قائمة تشخيص للأطفال المضطربين سلوكياً (مقياس رملا ند).
٢) أداة تقدير السلوك للأطفال التو حديين والعاديين.
٣) قائمة سلوك التوحد.
٤) مقياس تقدير التوحد الطفو لي .
٥) نظام ملاحظة السلوك.
٦) جدول الملاحظات التشخيصية للتوحد .
٧) قائمة أوصاف التوحد .
٨) مقابلة تشخيص التوحد.

فالمقياس الأول: هو اختيار من متعدد عبارة عن استبانه للوالدين تركز على الأداء الوظيفي للطفل والنمو المبكر و استبانه تركز على استعادة الأحداث الماضية وسوف الحق بالبحث نموذج مصور لهذا المقياس .

أما المقياس الثاني: فهو عبارة عن ثمانية مقاييس يجاب عليها من الملاحظة مباشرة وتتطلب مقدرين مدربين وتم تعريف كل سلوك إجرائيا كنظام تسجيل.

أما المقياس الثالث: فهو مصمم للاستخدام في المدارس العادية.

أما المقياس الرابع: فهو نظام تقدير عبارة عن محكات سلوكية محددة جداً تتطلب تدريباً قليلا للاستخدام معدلة للاستخدام مع المراهقين والكبار وسوف الحق بالبحث نسخ مصورة تشرح هذا المقياس شرحاً وافياً وقد قام د طارش و عبد العزيز السر طاوي بتقنينه على البيئة السعودية .

أما المقياس الخامس: فهو عبارة عن ملاحظة مباشرة تتطلب تدريبا للملاحظ تم تحديد السلوكيات بشكل موضوعي ثم تحليل الدرجات الخام عن طريق الحاسب الآلي.

والمقياس السادس: عبارة عن نظام ملاحظة مقنن وفق ما يحدث في الواقع مع الحالة يكون الفاحص شخص مشارك ملاحظ.

والمقياس السابع: عبارة عن قائمة تستخدم من قبل الوالدين تشتمل على عدد كبير من الفقرات السلوكية.

والمقياس الثامن: عبارة عن أداة تبحث في الأحداث الماضية بالاعتماد على المقابلة تبدأ من العمر ٥ سنوات حتى المراهقة المبكرة.

- **وأخيرا ما هي أهم الاعتبارات التي يجب مراعاتها عند تشخيص وقياس الأطفال التو حديين ؟**

الاعتبارات والضوابط التي يتوجب على المقيم مراعاتها بتشخيص **وقياس التوحد هي:-**

١- يكون التشخيص من خلال فريق تشخيص متعدد التخصصات ويمكن أن يشتمل الفريق على الأخصائي النفسي، أخصائي الأعصاب، طبيب الأطفال ، أخصائي العلاج الطبيعي، أخصائي العلاج المهني ، أخصائي التواصل ، وطب نفس الأطفال و معلم التربية الخاصة وغيرهم ويعتبر قياس مجالات مثل المجال النفسي والتواصلي والسلوكي من أكثر المجالات التي تركز عليها إجراءات قياس الطفل التو حدي .

٢- أن تشتمل إجراءات التشخيص والقياس للأطفال التو حديين على مجالات نمائية ووظيفية متعددة وذلك راجع إلى طبيعة الإعاقة لديهم ولهذا فان الوضع يتطلب قياس قدراتهم الحالية مثل المهارات الإدراكية والتواصلية والأداء السلوكي مثل الاستجابة للتعليمات تشتت الانتباه والسلوكيات المزعجة والتكيف الوظيفي مثل مهارات السلوك ألتكيفي في المواقف الحياتية اليومية .

٣- أن يتم تبني النموذج النمائي في إجراءات القياس خاصة وان أغلبية الأطفال التو حديين لديهم تخلف عقلي ومن الضروري أن تفسر الدرجات التي يحصلون عليها في المقاييس المختلفة ومستوى الأداء في المجالات المتعددة في ضوء مستواهم النمائي والإدراكي وذلك للحصول على تفسير وظيفي واقعي .

٤- أن يراعى الاختلاف بين المواقف أثناء إجراءات التشخيص والقياس حيث طبيعة موقف معين ومتطلباته والمثيرات المحيطة به ودرجة تنظيمه ومدى الألفة له من قبل الأطفال التو حديين والأشخاص المتواجدين في ذلك الموقف يختلف عن مواقف أخرى قد يلاحظ فيها الأطفال ويتم تقييمهم كما أن سلوك الطفل يختلف من موقف إلى آخر تبعا لاختلاف المتغيرات أنفة الذكر .

٥- ضرورة مراعاة التكيف الوظيفي وذلك لان فهم وتفسير نتائج القياس للمهارات المختلفة يتطلب ربطها بطبيعة ومضمون تكيف الطفل مع متطلبات المواقف الحياتية اليومية الحقيقية ولهذا فانه يتوجب على المقيم أو الملاحظ أن يتأكد من أن القياس شامل ومتعمق للسلوك التكيفي للطفل ومدى مقدرته على ترجمة الإمكانات والقدرات لديه إلى سلوك ثابت ومناسب لتنمية الكفاية الذاتية لدية في المواقف الطبيعية كما يتوجب على الملاحظ كذلك مراعاة مدى تأثير نتائج التشخيص والقياس على تكيف الطفل المستمر وتعليمه والإفادة من ذلك في الرابط بين نتائج القياس وتصميم برنامج التدخل الملائم له .

٦- أن يتم استخدام أفضل وسائل التشخيص والقياس للأداء الوظيفي للطفل التو حدي بناء على المعرفة العلمية والخبرة والحكم الإكلينيكي للمهني المختص ومع التأكيد على أهمية ملا ءمتها لخصائص واحتياجات الطفل الفردية وبما أن مشكلات الانتباه والسلوك قد تكون عقبة في طريق إجراءات التقييم للطفل فانه من الضروري استخدام الأساليب التي تساعد على جذب انتباه الطفل وتعاونه مع المقيم ويمكن استخدام المعززات الغذائية والمادية والاجتماعية الفعالة والمناسبة للطفل لتحقيق ذلك كما يتوجب على المهني مراعاة أن يقدم مهام وأنشطة المقياس أو الأداء بما يتلاءم مع خصائص الطفل وأسلوب الأداء لديه مثل تنظيم البيئة وتهيئته للتحول من مهمة إلى أخرى واستحداث روتين معين لإتباعه والتوجيهات الحازمة الواضحة وعلى المقيم أن ينتبه إلى تأثير التفاعل الاجتماعي ومتطلباته على أداء الطفل إثناء

إجراءات التشخيص والقياس فكلما زادت متطلبات أداء المهمة أو النشاط الاجتماعي كلما اثر ذلك سلباً على أداءه ولهذا فانه من الضروري مساعدة الطفل لجعله يركز انتباهه أكثر على العناصر المادية للأنشطة والمهام التي يطلب منه أداءه بدلا من التركيز على التفاعل الاجتماعي مع المقيم أو المقيمين الأطفال التو حديين يلاحظ عليهم أحيانا اختلاف في مستوى أدائهم لنفس المهمة أو النشاط من موقف إلى أخر ولهذا فان مراعاة تعدد المواقف التي يقيم فيها قد تساعد على معرفة مستوى الأداء الحقيقي لديه في المجالات المختلفة للتشخيص والقياس .

٧- أن تشترك أسرة الطفل التو حدي في إجراءات تشخيص وتقييم طفلها وان يتم دعمها لملاحظة الطفل وتقييمه جنبا إلى جنب مع المختصين ليتم بناء برنامج تربوي متكامل .

٨- ويتوجب على المهنيين تفسير نتائج الاختبارات والمقاييس لأسرة الطفل وتخصيص وقت خاص وكاف لمناقشة تلك النتائج والاستماع إلى همومهم والصعوبات التي يواجهونها مع طفلهم في بعض المواقف وبرامج التدخل المتوفرة للطفل ويفضل أن يحضر هذه المرحلة من التشخيص والقياس احد المهنيين المختصين في برامج التدخل المبكر الملائمة للطفل لمناقشة النتائج والتوصيات العلمية وكيفية تفعيل تلك التوصيات إلى واقع ملموس لخدمة الطفل وأسرته وإشعار الأسرة بان خدمة طفلهم لا تتوقف عند حد تشخيصه بأنه توحدي .

٩- اشتمال التقرير النهائي للتقييم على النتائج التي توصل إليها كل عضو من أعضاء فريق التشخيص والقياس المتعدد التخصصات بتفاصيلها وان يصاغ التقرير بأسلوب يسهل فهمه وتوصيات يمكن تطبيقها وتفعيلها ومرتبطة بتكيفه مع متطلبات الحياة اليومية وتعلمه ويفضل أن يكون التواصل مستمر بين أعضاء الفريق أثناء عملية التشخيص والقياس وقبل التوصل إلى النتائج النهائية لتلافي عدم تنسيق الجهود أو تكرارها كما انه من الضروري دمج النتائج في التقرير النهائي

ومناقشتها في ضوء ما يترتب عليها من إجراءات وظيفية لكل مجال من مجالات التشخيص والقياس ولإعطاء الأسرة والعاملين مع الطفل صورة متكاملة عن جوانب القوة والضعف لديه .

و يبقى التواصل والمباشرة والمستمر بين أعضاء الفريق ببناء علاقة شراكة بين جميع من لهم علاقة بتحديد أهداف التدخل والمساعدة في مشاكل محددة ومتابعة تطور حالة الطفل وتقدمه ودعم الأسرة وتطوير مهارتها للتعامل مع الأنظمة التعليمية والصحية التي تتطلبها حالة الطفل .

- **طرق العناية واهتمام بتربية الطفل التوحدي** :
  - العلاج البيولوجي (أدوية ، هرمونات ، فيتامينات
  - العلاج بالحمية الغذائية
  - العلاج بالتكامل السمعي (التدريب السمعيAIT) التعليم المنظم.
  - العلاج بتعديل السلوك
  - العلاج بالتكامل الحسي
  - العلاج باللعب
  - العلاج بالموسيقى
  - العلاج بالرسم
  - العلاج بتنمية حقول التطورين السبعة.

١-التواصل الميسر .

٢-تنمية المهارة الأكاديمية.

٣-تنمية العضلات الكبيرة

٤-تنمية العضلات الدقيقة.

٥-تنمية المهارة الاجتماعية.

٦-تنمية المهارة المهنية.

٧-تنمية مهارة العناية الذاتية.

العلاج البيولوجي :

- **أدوية-هرمونات - فيتامينات**

ثبت فعليا عن طريق الكثير من الدراسات أن نجاح أي عقار طبي مع أحد الحالات لا يعني بالضرورة نجاح تأثيره مع فرد آخر، وعلينا أن نراعي الحذر من إعطاء طفل التوحد أدوية كثيرة أو بكميات كبيرة قد يكون في ذلك خطورة عليه كما أن استخدام أكثر من عقار طبي في وقت واحد يجعل من الصعب تقييم فائدة هذه العقاقير وعموما حتى عند اكتشاف فاعلية أي عقار يستخدم ويحقق الفائدة المرجوة علينا استخدام أقل جرعة ممكنة فالزيادة عن الحد المؤثر قد تصبح ذات تأثير عكسي ضار ويعطي الأطفال ذوو التوحد أنواع مختلفة من العقاقير تتضمن الأدوية المضادة للصرع وأخرى لتخفيض النشاط المفرط أو حالة سلوك تدمير الذات والعصبية الزائدة وضبط تأرجح المزاج وتحسين قدرة الانتباه والتركيز ومع معرفتنا لأنواع كثيرة من الأدوية لابد من الأخذ في الاعتبار أنه لا توجد طريقة واحدة سحرية تناسب كل أفراد التوحد فكل حالة فريدة في نوعها تتطلب ما تناسبها في أدوية وعقاقير مع الحرص على عدم استخدام أي منها إلا بموافقة ومعرفة الطبيب المختص والالتزام الدقيق بتعليماته من حيث نوع العقاقير المناسبة للحالة وحجم الجرعة وتوقيتها والمدة التي يستمر فيها تعاطي هذه الأدوية علما بأنه حتى الآن لا يوجد من تلك العقاقير ما هو فيه شفاء ناجح للتوحد ولكن هناك فقط وما يخفف من حدة الأعراض وتساند وتسهل عملية التعليم **ومن هذه الأدوية:**

١) هالدول: Haldol :

وهو ما يسمى بـ Haldol شبه الملح Haloperedol ويستخدم هذا الدواء لتخفيض النشاط المفرط وحالة تدمير الذات وقد أثبتت بعض الدراسات ظهور آثار إيجابية في سلوكيات الانتماء الاجتماعي والتعلم ولكن للأسف وكغيره من الأدوية ظهر أن لديه بعض الآثار الجانبية تبدأ في سن المراهقة ممثلة بتبلد في الذهن وانعدام الحس

ولكن فقد كشفت دراسات متقنة أن هذه ظاهرة نادرة الحدوث وليست بالسبب لانقطاع التداوي.

٢) الريتالين: Ritalinn

وهو عقار لخفض النشاط الزائد وهو يتطلب مشورة الطبيب المختص ليس في بدء استخدامه فقط ولكن أيضا في إجراءات التوقف أو انتهاء استخدامه.

٣) الفينفلورامين: Fenfluramine

عقار مصلي مقوي مضاد للنزف يخفض نسب سيروتونين Serotoninالدم وله بعض التأثيرات الإيجابية على النشاط المفرط وعدم التركيز و الانتباه وكان له تأثير فعال في بعض حالات التوحد.

٤) امفيتامين: Amphetamines

وهو دواء يؤثر على الأطفال التوحد ين ومعروف في الأوساط الطبية أنه من الأدوية المنبهة له بعض التأثيرات على النشاط المفرط وعدم التركيز والانتباه إلا أن بعض الدراسات إشارة إلى تراجع سلبي بعد فترة من الوقت.

٥) فينوثيوزين : Phenothiozine

وهو عقار معروف بأنه يقلل القلق والعنف الزائد وسلوك إيذاء الذات (معروف في الأوساط الطبية أنه من الأدوية المهدئة

٦) الليثيوم : **Lithium**

تمت محاولة استخدام الليثيوم ببعض الدراسات للأطفال ذوو التوحد ، وأدت إلى نتائج جديرة بالاهتمام بحالات مفردة ، وبدءا في مرحلة المراهقة يكون الليثيوم ذو فائدة لضبط تأرجح المزاج والإيبزوديا (سلسلة الأحداث المترابطة) للسلوكيات الشديدة الاضطراب . ومن الضروري جدا التحكم بـ الليثيوم لأن هناك فارقا بسيطا جدا بين مستوى العلاج ومستوى التسمم به لو زادت الجرعة قليلا مما يسبب خطورة في استعماله.

- **أدوية أخرى:**

من تلك العقاقير (تريكسان ، Trexan) نالتروكسونNaltroxone ، والإسكالس Eskalthوهي ادوية تخفف من حدة السلوك العدواني أو إيذاء الذات والـ توفرينيل Torfenilكمهدئ للخلايا المستقبلة للمثيرات وغيرها الكثير من العقاقير.

- **هرمون السكرتين : Secrtine**

يعود الفضل في اكتشاف هرمون السكريتين كعلاج محتمل للتوحد إلى "فيكتوريا بيك" وهي أم لطفل توحدي فقد كان باركر ابن فيكتوريا يعاني من إسهال مزمن وأجريت عليه اختبارات الأمراض المعوية وتطلب أحد الاختبارات استعمال باركر لهرمون السكريتين وذلك لفحص وظيفة البنكرياس لديه وبعد إجراء الاختبار لاحظت فيكتوريا وزوجها ان الإسهال قد توقف لدى باركر وان سلوكه قد تحسن بصورة ملحوظة وبعد سؤالها عدد من الأسئلة وقراءة وثائق البحث العلمي وإصرارها التام تمكنت فيكتوريا من إعلان أن هرمون السكريتين هو سبب تحسن حالة ابنها وأثيرت ضجة حول هرمون السيكريتين بعد تجربته على ٢٠٠ طفل توحدي تم إعطائهم جرعات من هرمون السكريتين ويبدو أن الأغلبية قد تحسنوا خلال أيام قليلة من إعطائهم جرعات الدواء وأفاد الأهل عن حالات تحسن في المدرسة واللغة والتواصل البصري والنوم والتركيز ، وأن الأطفال الذين عانوا من الإسهال المزمن لسنوات عديدة قد توقف عنهم الإسهال لأول مرة بعد يوم أو يومين من إعطائهم الهرمون.

- **ما هو السيكرتين ؟**

السكرتين هو هرمون يوجد في البنكرياس والكبد والأمعاء العليا ، ويحفز السكرتين البنكرياس لتفرز البيكاربونات والأنزيمات الهاضمة في الأمعاء كما يحفز الكبد في إفراز العصارة الصفراوية والمعدة على إنتاج الببسين ، يوجد السكرتين في المخ وينشط على إنتاج السيروتونين.

كيف يعمل السكرتين:

إحدى النظريات تقول إن هرمون السكرتين يحفز الهضم وتحليل الغذاء بصورة جيدة فهو يمكن أن يساعد في تغذية المخ وحمايته وتسكين المواد السامة للأعصاب الموجودة في الأطعمة وتقول نظرية أخرى بأن هرمون السكرتين يحفز إنتاج السيروتونين في المخ الذي يكون عادة منخفضا عند الإصابة بالتوحد ، والسيروتونين مسئول عن عدد من الوظائف في المخ بما في ذلك تنظيم الإثارة والتركيز والتعلم . ويستمر تأثر هرمون السكرتين حوالي ٤-٦ أسابيع ويبدو مأمونا نسبيا ولكن بالنهاية لا معلومات متوفرة حتى الآن عن آثار جانبية وتوجد الآن أكثر من دراسة يجرى إعدادها عن فعالية هرمون السكرتين متوفرا على نطاق واسع ، ولابد من الذكر بأن هرمون السكرتين لم يجاز استعماله في الـ FAD (منظمة الأدوية العالمية) كعلاج للتوحد حتى الآن ويعطي على مسؤولية الأهل .

- **أدوية مضادة للصرع:**

الكاربامايزبابي ن Carbamazepine، والـ تيجريتول Tegretol والـ هيرموليبسين Hermolepsinهي عقاقير مضادة للصرع استخدمت حتى الآن بنجاح وبأقل تكرار لآثار جانبية رئيسية ، ولها في بعض الأحيان أثر إيجابي ليس من خلال تقلي النوبات فحسب ولكن أيضا بتحسين الأداء الوظيفي النفساني ورغما عن ذلك فهناك بعض الظهور للطفح الجلدي والخمول والاضطرابات المعوية عند استعمال هذه العقاقير

العلاج بالفيتامينات:

فيتامين B٦ والمغنيسيوم :

جانب آخر من جوانب التأهيل والرعاية لطفل التوحد تلعب دورا حيويا في العلاج هو الاهتمام بالتغذية السليمة والصحة العامة لطفل التوحد فالاهتمام بتوفير الوجبة الغذائية الصحية المتكاملة المناسبة لسنه ووزنه تؤدي للاستقرار الغذائي المطلوب وخاصة لحالات التوحد التي أصبح من المعلوم أن لها احتياجات خاصة فوق احتياجات

الطفل العادي السوي وينصح خبراء التغذية بأهمية توفير تلك الاحتياجات الخاصة بالمواد ويحتاج الطفل بصفة خاصة إلى عنصر الزنك والنحاس والمغنيسيوم كما يحتاج إلى فيتامين B٦ بنسب أعلى من الطفل السليم حيث فضلا عن أهمية التغذية فله تأثير مباشر على أطفال التوحد بالذات وخاصة إذا أعطى مع مركبات المغنيسيوم ومجموعة من المعادن الأخرى وعلى سبيل المثال تنتج مصانع Kirlkman للأدوية كبسولات تحت اسم Super Nu -Thera -تحقق هذا الغرض كما ينصح الدكتور برنار ريملاند مدير معهد أبحاث التوحد باستخدام كبسولات Dimethylglyeime المعروف باسم DMG لتوفير احتياجات طفل التوحد من العناصر الغذائية الأساسية من معادن وفيتامينات وخلاصة بعض الأعشاب الخالية من المواد الكيميائية.

- **العلاج بالحمية الغذائية:**

هناك أنواع مختلفة من أعراض الحساسية تظهر تبعا لنوع المادة المسببة لها والتي تسمى (Trigger) أو المحفز وهو مسبب الحساسية وسوف أتكلم في هذه الفقرة عن الحساسية من الغذاء.

من الأخطاء الشائعة أننا دائما ما ننسب أمراض مثل الربو والاكزيما والطفح الجلدي والالتهابات الجلدية إلى الحساسية علما بأنه في كثير من الأحيان تكون الحساسية وعدم القدرة على تحمل الطعام السبب الرئيسي لأمراض أخرى لا تقل أهمية عما سلف مثل أمراض الجهاز الهضمي كالقرحة والقولون العصبي بالإضافة إلى حالات الإمساك أو الإسهال المزمنة ووجود غازات شبه دائمة في الجهاز الهضمي.

هذا بالإضافة إلى أن الحساسية من الطعام قد تؤثر بصورة أو بأخرى على السلوك العاطفي للإنسان من حيث التوترات العصبية وحالات الكآبة والحالات الفكرية المتأرجحة بالإضافة إلى جفاف البشرة وتساقط الشعر وتكسر الأظافر .

ولا ننسى هنا أن الحساسية من بعض أنواع المواد الغذائية لها التأثير المباشر لآلام الرأس والصداع والنصفي.

الأغذية المسببة للحساسية:

لقد تم التعرف على أكثر المواد الغذائية المثيرة للحساسية لأكثر من٦٠٪ من المصابين بالتوحد وهذه الأغذية هي منتجات الحليب الحيواني على أنواعه ومنتجات القمح والجا ودار والشعير والشوفان وسوف نتكلم عن هذه الأغذية بالتفصيل في الفقرة التالية هذا بالإضافة إلى **أنواع أخرى من الأغذية وهي:**

- الشيوكولاتة والشاي والقهوة .
- سكر القصب وسكر الشمندر .
- الألوان الصناعية والمواد الحافظة الكيميائية .
- الخميرة والفول السوداني.
- الحمضيات والكحول.

- ## العلاج بالحمية الغذائية الخالية

من الكازيين والجلوتين (عن محاضرة للأستاذ ياسر الفهد مركز الكويت للتوحد مارس ٢٠٠١)

في العام ١٩٩٦ ظهرت فرضية في بريطانيا وبالتحديد في جامعة ساندرلاند بأن التوحد يمكن أن يكون ناتجا عن فعل بيتونات Peptides ذات تكوين خارجي ويمكن لهذه البيتونات أن تحدث تأثيرات افيونية طبيعية تؤثر على الجهاز العصبي وتؤمن هذه الفرضية أن هذه البيتونات تشتق وتنتج من عدم اكتمال انحلال بعض الأطعمة وعلى وجه الخصوص الغلوتين من الدقيق (القمح) ومن بعض الحبوب الأخرى والكازيين من الحليب أو منتجات الألبان.

- ## ماهو الجلوتين: Gluten

الجلوتين أو الغروين باللغة العربية وهو البروتين الموجود في القمح أو الشعير والشوفان والجاودار وهذا البروتين لزج يجعل الخبز مرنا على سبيل المثال .

ماهو الكازيين: Casein :

الكازيين أو الجبنين باللغة العربية هو البروتين الأساسي الموجود في الحليب الحيواني ومنتجات الألبان ويمثل الكازين في المجتمعات الحضرية أحد أكبر المكونات البروتينية في مختلف أطعمتنا ويوجد في المعكرونة الباستا ، والمعجنات والكيك والأيس كريم ، والبسكويت وفي العديد من المنتجات الأخرى وتستخدم كذلك في تغليف وتقوية بعض الأطعمة الأخرى .

- **العلاقة بين الغذاء والأطفال التو حديين** :

أثبتت الدراسات أن ٧٥ % من الأطفال التو حديين لديهم مشاكل في الغذاء،وفي فحص أجري على ٥٠٠ طفل توحدي تبين أن لديهم مواد مورفينية في البول وعلى سبيل المثال:

- بيبتيد الكازو مورفين : Casomrfine

وهو بروتين غير مهضوم أو مهضوم جزئيا ناتج عن عدم هضم الجزئيات الموجودة في الحليب.

- بيبتيد الغيلوتومورفين: Glutomorfine

وهو جلوتين غير مهضوم ناتج عن عدم هضم الجزئيات الموجودة في القمح والشوفان والجودار.

المركبات الأخرى التي وجدت في تحليل بول المصابين التوحيديين .وجدت مواد أخرى في تحاليل بول العينة التي أجرى عليها الفحص وهذه المواد هي :

- الديلترومورفين Diltromorfime

- الديرومورفين Diromorfine

وهي مواد موجودة تحت جلد ضفدع سام موجود في أمريكا الجنوبية وتعادل قوة هذه المواد مرات مضاعفة لقوة الأنواع المخدرة المعروفة.

وربما لهذا السبب يشبه البعض مدمن المخدرات بالطفل التوحدي (الترديد والكلام النمطي ، شرود الذهن ، الانطواء)

كيف تكون البداية للعلاج بالحمية الغذائية :

يجب أن يتوقف أي قرار بشان إدخال نظام الحمية الغذائية للطفل التوحدي على الوالدين نفسهما لأنه موضوع غير سهل ويحتاج إلى متابعة دائمة وذلك للأسباب التالية :-

أولا : هذا النظام يحتاج للمراقبة والتنسيق التام مع أفراد الأسرة وبقية العائلة و الأصدقاء والأهم أعلام المسئولين المباشرين عن التعامل مع الطفل في المدرسة.

ثانيا : صعوبة إيجاد الأطعمة الخالية من الغلوتين ، والكازيين فهذه المواد لا نجدها في كل مكان وفي كل زمان .

ثالثا : العبء المالي الكبير في استعمال حمية الأغذية الخالية من الغلوتين والكازيين لأن هذه الأغذية أغلى بكثير من المواد الأخرى المتضمنة ، ونسبة للفترة الغير محددة لاستخدام الطفل لتلك الأغذية فسوف ترتفع التكلفة أكثر وأكثر

رابعا: تفادي الحفلات والأماكن التي تتوفر فيها المشهيات والمغريات في الأطعمة مثل هذه المناسبات حيث أن الطفل سوف يشعر بالعزلة والتفرقة إذا لم يسمح له بتناول ما يتناوله الأطفال الآخرين.

خامسا: اعتماد هذا النظام على زيارات واستشارات دورية للأطباء وأخصائي التغذية.

❖والآن وبعد معرفة جميع هذه الأمور كيف نبدأ بالحمية الغذائية:

- تحليل بول للطفل التوحدي .
- عرض هذا التحليل على الأطباء المختصين.
- التنسيق مع أخصائي التغذية على النظام الذي سيتبع مع الطفل.
- إبلاغ البيئة المحيطة بالطفل بأنه سيكون تحت نظام الحمية (الأسرة – الأصدقاء – المدرسة).
- البدء بتطبيق نظام الحمية.

- مراقبة وقياس سلوكيات الطفل أثناء الحمية.

❖هل يمكن الانقطاع عن نظام الحمية الغذائية ؟

تفيد التجارب والدراسات أنه برغم استفادة العديد من الأطفال من استخدام الأغذية الخالية من الغلوتين ، فإن معظم التغيرات الإيجابية التي تصاحب هذه الحمية تظهر بدرجة أقل لدى الأطفال اللذين يتبعون سلوكا ضارا بالذات وبالغير واؤلئك الذين يتبعون علامات تحمل الألم والسبب في ذلك يرجع إلى الشك في أن بعض المواد المشتقة من الغلوتين قد تكون مخزنة في الجسم ، ويعني ذلك أن الجسم مازال به بعض الاحتياطي منها ولم يصل العلماء بعد إلى النقطة التي تقول بأنه يمكن إعادة الأطعمة التي تحتوي على الغلوتينن بدون حدوث أي تأثير سلبي على السلوك ويبدو أن الطفل سيكون على هذه الحمية للأبد.

وتشير الأبحاث إلى أن الأطفال الذين يوقفون إتباع الحمية تحدث لهم نكسة سيكولوجية في السلوك، عائدين إلى حالتهم السابقة ما قبل الحمية.

❖المرحلة الحرجة للطفل والأسرة:

تعتبر الـ ١٤ حتى ٢١ يوما الأولى من بداية برنامج الحمية هي أكثر الفترات حرجا للأطفال . وتشير الأبحاث إلى أن الأطفال في هذه المرحلة الحرجة الذين تحدث لهم نكسة سلوكية تتصف بما يلي:

- التعلق والعاطفة المتزايدة.
- البكاء والأنين.
- فترات النظر إلى الفراغ.
- الخمول والكسل.
- ازدياد مرات التبول والتبرز .
- الألم والتألم .

وترِبط بعض الأبحاث حدوث هذه السلوكيات كأثر ونتيجة للحمية وذلك لتشابه هذه الأعراض السلوكية بتلك الخاصة بمدمني الأفيون عند تخليهم وانقطاعهم عنه وذلك يعني ارتباط الفعل البيولوجي عند الانقطاع عن الحمية بانقطاع البيتونات (Peptides) المخدرة عن جسم الطفل.

وقد بينت التقارير الخاصة بالأطفال الذين يتناولون حليبا خاليا من الكازيين بحدوث العديد من السلوكيات المتشابهة خلال فترة الانتكاسة هذه.

وتتسارع الفترة الزمنية لهذه التأثيرات مع العديد من الأطفال خلال بضعة أيام من استخدام الحمية الخالية من الكازيين وتفترض سلوكيات الانتكاسة هذه عموما خلال فترة الـ ٧ حتى ٢١ يوما ، بالرغم من وجود تقارير عن أطفال تحدث لهم هذه السلوكيات قبل هذه الفترة أو استمرارية هذه السلوكيات لفترة أطول عن المعدل (من الممكن أن يكون بسبب انفرادية كل حالة على حدة) ، وعادة ما تكون سلوكيات الانتكاسة هذه كعلامات ومؤشرات جيدة إلى حدوث تأثير للحمية فيما بعد.

وعلى العموم فليست هذه بقاعدة إذ أن التقارير تفيد فعلا أن الأطفال الذين يمرون بهذه المرحلة هم الذين يثبتون ويؤكدون حدوث التفاعل الإيجابي لا حقا.

❖ الإخلال بالحمية :

بعد اعتماد نظام الحمية الغذائية للطفل ألتوحدي يجب اتخاذ الحيطة والحذر والتأكد من عدم تناول هذا الطفل لأي منتجات تحتوي على الغلوتين أو الكازيين وقد أثبتت التجارب والخبرات حدوث انتكاسات سلوكية لدى الأطفال الذين يتبعون الحمية في حصولهم على المنتجات التي تحتويها . وتختلف هذه الانتكاسات وتعتمد على حالة كل طفل على حدة ، عموما وكما أشارت التقارير تتخذ هذه الانتكاسات شكل النشاط المفرط أو السلوك الهلوسة وربما حدوث بعض السلوك العدواني (التعدي على الذات وعلى الآخرين) وهنا لا يجب أن نصاب بالانزعاج إذا حدث ذلك حيث أن ذلك السلوك لا يتعدى كونه مرحليا ينتهي في فترة بين ١٢-٣٦ ساعة اعتمادا على حالة الطفل وكمية الجلوتين التي تناولها.

تأثير ومفعول الحمية:

ليس من الممكن إعطاء مدلول للأنماط السلوكية التي تنتج من الحمية. ومن الواضح أن خصوصية استجابة الطفل له هي المفتاح لذلك برغم حدوث مظاهر جديدة وقد بينت الدراسات على حصول تغيرات ايجابية أثر للحمية :

- ازدياد معدلات التركيز والانتباه.
- أكثر هدوءا واستقرارا.
- انخفاض معدل الاعتداء على الذات وعلى الآخرين.
- تحسن في نظام النوم.

كما أشارت العديد من الأبحاث إلى ربط الحمية بما يلي:

- تحسن في أساليب الاتصال (سواء كان شفهيا أو جسديا).
- تحسن التنسيق الجسدي والتآزر الحركي البصري.
- تحسن عادات الطعام (أطعمة متنوعة ومختلفة كثيرة يتناولها الطفل ربما لم يتناولها من قبل).

لا توجد هناك ضمانات بحدوث النتائج المطلوبة تماما بالنسبة لكل طفل يطبق نظام الحماية وربما يكون أفضل سبيل لقياس فعالية الحمية هو تسجيل سلوكيات الطفل خلال فترة الحمية مما يسهل على الأهل فحص سلوكيات أبنائهم خلال هذه الفترة.

وتنتهي هذه الفترة بخبر طريف وهو إن عائلة طفل توحدي قررت دخول الأسرة كلها في الحمية أيضا تضامنا مع ابنهم وكسبا للزمن والتكلفة والمجهود في إعداد نوعين من الطعام ومنعا للطفل من التعلق بأي طعام يحتوي على غلوتين موجود في المنزل.

وفيها الأسرة أن هذه فرصة طيبة لتناول طعام صحي مفيد وقد أفاد أفراد الأسرة بشعورهم بحدوث نتائج ايجابية جراء استعمال الأغذية الخالية من الغلوتين وهم من الأصحاء .

❖ العلاج بالتدريب السمعي(AIT)

ينتقل الصوت عادة عبر القناة السمعية ويسبب اهتزاز غشاء طبلة الأذن ، مما يسبب اهتزاز العظميات ، ينتقل الاهتزاز إلى السائل الموجود في الأذن الداخلية مسببا اهتزاز النهايات العصبية وينتقل الإحساس إلى المخ عبر العصب السمعي، تعمل الأذن الخارجية والوسطى دور ناقل للصوت ومقوى له ، أما الأذن الداخلية فيتحول فيها الصوت من طاقة ميكانيكية إلى طاقة كهربائية تنقل بالعصب السمعي للمخ.

وإن هذه العملية هي عملية طبيعية وميكانيكية عند الشخص الطبيعي ولكن عند المصاب بالتوحد ، تم أول مرحلتين من عملية السمع بشكل عادي مع الشك بأن الخلل يكون في المرحلة الثالثة وهي مرحلة انتقال الإحساس السمعي إلى المخ عبر العصب السمعي فيظهر الطفل وكأنه لا يسمع أو انه لا يفهم الأوامر الموجه إليه ويفضل القيام بمهام موجه بدليل بصري ، وتكون حصيلة المفردات استقبالا ، وإرسالا محدودة ، ولا يستطيع متابعة سلسلة من التعليمات والأوامر ولا يميز بين كلمات تتشابه سمعيا ويجد صعوبة شديدة في فهم الجمل المتعلقة بالزمان والمكان ،والصفات ، والمفاهيم المجردة.

❖ اختلال عملية استقبال المدخلات السمعية:

وهي من أصعب الأشياء بالنسبة للدماغ في تنظيميها ، تنسيقها فهمها واستخدامها ، وكغيرها من المعلومات الحسية للمعلومات السمعية تأثير على مستوى الانتباه لدينا.

إن حجم المعلومات السمعية التي يجب أو نرغب في تحملها محدودة جدا.

والذبذبة تكون أما مسموعة أو ملموسة (نشعر بها) وكلما ازدادت درجة الذبذبة كما ارتفعت النغمة، والذبذبات التي تثير أعصاب البعض قد تكون مريحة أو مسلية للبعض الآخر، ولغيرها من المجالات الأخرى لكل منا أشياؤه المفضلة.

ولكن ما بالك لو عرفت بان الصوت الصادر عن عقرب ساعة الحائط خلال الليل يمكن أن يصل إلى نسبة أكثر بعشرات المرات عند الأشخاص الذين يعانون من اختلال في عملية استقبال المدخلات السمعية من النسبة التي تسمع فيها أنت نفس الصوت ، فكيف سيشعر هذا الطفل إذا سمع صوت الموسيقى الصاخبة التي تستهويك أو صوت المكنسة الكهربائية وغيرها من الأصوات .

❖تدريب التداخل السمعي:

في عام ١٩٨٢ قام طبيب فرنسي اسمه جي بيرار بوضع جهاز أطلق عليه اسم AUDIOKINETRONوانتشر هذا الجهاز بسرعة كبيرة لثبوت فائدته في الكثير من الحالات لكن نعود ونقول انه ليس من الضروري إعطاء نتيجة ايجابية في كل حالات التوحد .

وتدريب التداخل السمعي هو تدريب لعملية السمع للمداخلات الحسية وغير الطبيعية لدى الأطفال الذين يعانون من التوحد – تأخر نمائي شامل اضطرابات وضعف الانتباه والتركيز – ديسلكسيا – صعوبات التعلم – الاكتئاب – صعوبات وحساسية السمع – الذين يعانون من مشاكل سمعية للأصوات حولهم – والمصابين بمتلازمة داون ومتلازمة وليام.

ونظرية التدريب السمعي تقوم على فلتره الأصوات التي يسمعها الطفل بواسطة سماعات توضع على الأذن يستمتع خلالها إلي أصوات (على الأرجح تكون على مقطوعات موسيقية) توضع في الجهاز AUDIOKINETRON بذبذبات تختلف من أذن إلى أخرى وذلك بقصد التأثير على الجهاز السمعي لدى الطفل .

وبإجراء اختبارات خاصة يقوم بها مشغل هذا الجهاز يمكن التعرف على الذبذبات العالية جدا أو المنخفضة جدا في الأذن والذي يتم تبعا لها تعديل الذبذبات الخاصة التي يستمع إليها الطفل بكل أذن أثناء جلسة التدريب التي تتم على فترة عشرة أيام جلستين يوميا يفصل بينهما ستة ساعات على الأقل ومدة كل جلسة نصف ساعة أي بما مجموعه عشرون جلسة .

التعليم المنظم:

التعليم المنظم عملية متكاملة للتدخل العلاجي للأطفال ذو الحاجات الخاصة ترتكز على جعل البيئة من حول الطفل واضحة ومفهومة وعبرها يمكنه التنبؤ بالخطوات التي ستحصل خلال أيامه العادية وتضعه في مواقف أقل حيرة وهذا مما يقلل من المشاكل السلوكية للطفل وتدفعه نحو المزيد من الاستقلالية والاعتماد والثقة بالنفس عبر التنظيم المحسوس ، وتقليل التشتت البصري والسمعي وعبر تطوير أماكن التعلم الحر والجماعي داخل الصف (فردي – اعتمادي – انتقالي – لعب منظم).

أو خارج الصف الدراسي (ألعاب حسية –العاب رياضية – رسم – موسيقى – سباحة وغيرها).

ولا شك بأن هذه الطريقة في التعليم تساعد الولد على فهم السبب والنتيجة وتؤمن له كل حاجاته الجسدية والحسية.

وفي التعليم المنظم لابد من التنظيم والتوضيح المبالغ فيه حتى يفهم الولد أين يذهب ، ماذا يفعل ، كيف يقوم بالعمل وذلك عن طريق جداول يومية موضحة بدليل بصري وهذا الدليل يمكن إن يكون مجسم للنشاط التالي (مثلا مايوه السباحة في الجدول وبذلك يعرف الولد أن النشاط التالي هو السباحة) أو صورة للنشاط (صورة الولد نفسه وهو يسبح) أو رمز للنشاط (مثلا رموز ماكتون) أو كلمة النشاط (السباحة) إذا كانت قدرات الولد تسمح ومن هنا أهمية مراعاة كل ولد حسب قدراته واختيار الدليل البصري المناسب له.

- **وهناك عدة طرق تدخل وعلاج تندرج تحت عملية التعليم المنظم وهذه الطرق هي :**

أ- العلاج بتعديل السلوك.

ب- العلاج بالتكامل الحسي.

ت- العلاج باللعب.

ث- العلاج بالموسيقى.

ج- العلاج بالرسم.

ح- العلاج بتنمية حقول التطور السبعة.

١) التواصل الميسر.
٢) تنمية المهارة الأكاديمية.
٣) تنمية العضلات الكبيرة.
٤) تنمية العضلات الصغيرة.
٥) تنمية المهارة الاجتماعية.
٦) تنمية المهارة المهنية.
٧) تنمية مهارة العناية الذاتية.

❖ العلاج بتعديل السلوك :

أن التفنن في تعديل السلوك، يعتمد على القاعدة العامة منذ وجدت المخلوقات، وهي الثواب والعقاب، ونعني بتعديل السلوك تغيير اتجاهه بطريقة منهجية ومدروسة . وبما أن جميع أنواع السلوك بغض النظر عن سببها ، يمكن أن تغير وان تعدل ، فالتفنن في تعديل السلوك يركز على ما يحدثه السلوك من متغيرات في البيئة المحيطة ، بدلا من اهتمامه بالأسباب المباشرة لحصول ذلك السلوك .

فالطفل الذي يتميز بالمشاغبة والصراخ والعناد لسبب ما يؤدي لجذب انتباه الأهل ليسارعوا إلى الاستجابة لطلبه ، وذلك العمل بحد ذاته مكافأة له على عناده ، ويمكن أن نشجعه على تكرار ذلك كلما دعت الضرورة.

أن التفنن في تعديل السلوك هو الأسلوب الذي نتبعه من أجل التأثير على المتغيرات الحاصلة بنتيجته ، وعندما يطرأ ذلك التغيير مفيدا كان أم ضارا يؤدي فيما بعد إلى الحفز على تكراره أو الردع عن تكراره.

❖ الخطوات نحو تعديل السلوك :

١) انتقاء السلوك المنوي تغييره وذلك بمراقبة فالطفل ومراقبه دقيقة لحسابه وقياسه وفي عملية تغيير السلوك المستهدف يمكن أن يشترك أكثر من شخص لتوخي أقصى حد من الموضوعية في احتساب مؤشرات السلوك المستهدف .

٢) التقويم الكمي للسلوك: خلال قيامنا بهذه الخطوة نحدد بالصدد تكرار حدوث السلوك المستهدف لدى الطفل (السلوك الذي نريد تعديله) واحتساب المرات التي يحدث بها السلوك المستهدف في زمن معين كما يمكننا أن نرسم مستوى أداء السلوك .

٣) التقويم الكيفي للسلوك: وتلك الخطوة تعني قياس كيف حصل السلوك وما هي الظروف المحيطة بالطفل أثناء حصول السلوك.

٤) التدخل: بعد تحديد مستوى حدوث السلوك المستهدف ومعرفة كمه وكيفه نبدأ بتخطيط برنامج علاجي يرمي إلى تعديله وتحدد هذه الخطوة مدى نجاح عملية تعديل السلوك المستهدف أو فشلها وذلك بالكشف عن مدى تكرار حدوث ذلك السلوك المستهدف خلال عملية التدخل ومقارنته بالمستوى الأساسي للتكرار ، **الذي كان عليه السلوك قبل التدخل وبنتيجة تلك المقارنة يمكن:**

- ✓ تقرير الاستقرار في البرنامج العلاجي.
- ✓ إجراء تعديل على البرنامج العلاجي.
- ✓ إنهاء البرنامج العلاجي ، إذا ما حصلت التغيرات المطلوبة بالنسبة إلى تكرار السلوك المستهدف.

❖ مثال على الوصول إلى السلوك المستهدف:

باستعمالنا الأساليب التي تحدثنا عنها سابقا لتعديل الكثير من التصرفات الشاذة التي كثيرا ما يقوم بها الأطفال التوحديين .

سنناقش هنا أفضل الوسائل لجعل الولد يلازم مقعده (في الصف) فكيف نتمكن من تدريبه على ذلك ؟

أ- يمكن تنبيه الطفل بالصراخ كلما غادر مقعده لدفعه إلى العودة ، ولكنه أسلوب غير مرغوب فيه ، وهناك أساليب أفضل يمكننا إتباعها مع الولد.

إذا إن الصراخ بحد ذاته أمر مزعج للمعلم وللولد في اغلب الأحيان ، فبدلا من المحافظة على العلاقات الحسنة بين التلميذ والمعلم ، تنشأ علاقة سلبية ، والصغير السريع الحركات والمندفع دائما ، لن يكتسب عادة التراجع بالصراخ عليه ،لأن ذلك لا يفسر له كيفية الالتزام بمقعده ، فإذا صرخ عليه كلما غادر مقعده ، أصبح هذا شيء طبيعي بالنسبة إليه لأنه يسمع ذلك الصراخ كلما قام بعمل لا يرضي المعلم ، ومن ناحية أخرى يحلو لكثير من الأولاد مغادرة مقاعدهم لجذب انتباه المدرب ، فيحصلون على ما يصبون إليه بمكافئتهم وذلك بأن يعبر المعلم عن اهتمامه لهم ، وذلك يدفع غيره من التلاميذ لتقليده طمعا بانتباه واهتمام المعلم إن الطفل التوحدي في بعض الأحيان لا يدرك مدى أهمية ملازمة المقعد بالنسبة إليه خاصة في أوقات الدراسة .

فإذا ما تلقى التأنيب والتوبيخ لمغادرة مقعده إثناء الدراسة بينما يطلب منه مغادرة مقعده (دون توبيخ) عندما تكون هناك العاب أو أنشطة خارجية أو داخلية.

إن أكثر الأطفال التوحيديين لا يتمكنوا من تحديد الفرق بين فترة الدرس وفترة اللعب فيختلط الأمر عليهم ويزداد أداؤهم للسلوك السوي تعقيدا بالنسبة لهم . فعلى المعلم أن يدرب الولد على ملازمة مقعده إذا ما طلب منه ذلك ، وليس خوفا من العقاب ، بل إطاعة للأمر.

وهناك نقطة إضافية تعقد الموقف ، فبعد إن يصرخ المعلم على الطفل مؤنبا ، قد يعود الطفل إلى مقعده ويبدأ بالبكاء ، والإزعاج للتعبير عن عدم رضاه ، فيزعج رفاقه ويدفع المعلم إلى الإلتفات إليه ثانية ، ويكون قد كوفئ على عمله هذا بجذب انتباه المعلم لمرة الثانية ، ويمكن أن يتمكن الطفل من إجبار المدرب على ملازمته والوقوف قرب مقعده ، وبذلك يأسر المدرب ويمنعه من أداء واجبه اتجاه بقية أفراد المجموعة وإذا ما ابتعد المعلم غادر الطفل مقعده ليلقي الصراخ ، ليبكي ويزعج ، ليدفع المعلم ثانية لملازمته وهكذا يأخذ الطفل من الاهتمام ما يفوق حاجته بكثير إذا الصراخ لا يؤدي إلى الوصول إلى السلوك المطلوب بل أحيانا يزود الولد بتصرفات شاذة جديدة.

المكافأة المشروطة بالأداء الكامل فقط: يكافأ الولد بعد التأكد من ملازمة مقعده لمدة ٢٠ دقيقة متواصلة ، ولكن تطبيق ذلك أقرب من المستحيل ، وخاصة عند الصغار أصحاب النشاط الزائد ، والذين لم يتعودوا المكوث في وضع معين ولو لدقيقة واحدة.

ب- المكافآت التدريجية : وهذا هو الحل التدريجي يتطلب مكافأة الطفل لملازمة مقعده دون متاعب لفترة قصيرة من الزمن ، وفي المرحلة الأولى يطلب من الطفل المكوث في مقعده لمدة ٥ ثوان قبل أن يكافأ ماديا أو معنويا ، وعلى المعلم أن يتأكد من أن الولد قد نفذ ذلك الطلب بدقة قبل مكافأته ، وبعد أن يكرر عملية الجلوس في كرسيه لمدة ٥ ثوان لعدة مرات يقوم المعلم بزيادة الوقت المطلوب أن يمكث فيه على كرسيه فلنقل ١٥ ثانية ثم يكافأ وهكذا يمكن الوصول إلى ٥ دقائق ثم ٨ دقائق ثم ١٠ ثم ١٥ حتى الـ ٢٠ دقيقة ونرى أن ذلك التطور التدريجي في تنفيذ الأمر يجري بسلاسة و دون مضايقة لكلا الطرفين المعلم والولد .

ولكن ماذا يستطيع المعلم عمله إذا ما فشل في جعل الطفل يمكث في مقعده ولو لثانية واحدة.

نحل هذا الإشكال بالطريقة التالية : نكافئ الولد مباشرة بعد أن نتأكد أنه لاحظ وجود الكرسي ، ينادي المعلم الولد حتى يحضر إلى جانب الكرسي ، يكافأ الولد بعد التأكد من القيام بذلك التصرف لعدة مرات بشكل مقبول ، يزيد المعلم الخطوات الواجب تنفيذها لحصول الولد على المكافأة فيمكنه ان يطلب منه الإمساك بالكرسي لمدة ثوان معدودة ثم الجلوس لثوان معدودة ثم لدقائق حتى الوصول إلى ٢٠ دقيقة متتالية.

❖ العلاج بالتكامل الحسي :

يعتبر أحدث طريقة للعلاج بالتكامل الحسي هي الطريقة التي يوصي بها الأخصائيين بإخضاع الطفل لخليط أو أكثر من جلسات العلاج يشترك فيها أخصائي في الحركة (وظيفي أو حسي) وشخص متخصص في الكلام واللغة يعمل كلا الأخصائيان مع الأطفال لكامل الجلسة مستخدمين خطة علاج مشتركة موضوعة لمعرفة الطريقة التي تعتمد فيها مهارات الحركة الحسية ومهارات اللغة والكلام كلا منها على الأخرى.

قد تبدو هذه الجلسات مختلفة عن جلسات أخرى للعلاج الحركي أو اللغوي وقد يبدوا الأطفال أقل تركيزا وغير موجهين بدرجة كافية نحو إتمام أداء وظيفة محددة .

ولكن التجربة أظهرت أن الكثير من الأطفال يحدث لديهم تغيير أسرع وأكبر في النواحي المعنية حين تم دمج علاج الحركة الحسية مع العلاج اللغوي الكلامي وتوفر هذه الطريقة إسناد متبادل للنمو في كل ناحية ، والنتيجة التي كانت غير متوقعة هو استمتاع الأطفال باهتمام المختصين بهم إلى جانب اختلاف بنية جلسات العلاج.

أن مستوى القدرة العقلية لدى الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في التكامل الحسي يكون أحيانا على نفس الدرجة لدى الأطفال السليمين من هذه الناحية فأكثرهم يكون مستوى الذكاء لديهم أقل من الوسط ، ومع ذلك فإنه بالنسبة لجميع هؤلاء الأطفال ، تكون متطلبات المدرسة الأساسية صعبة جدا عليهم وتتمثل هذه المتطلبات في القدرة على الجلوس بهدوء ، الانتباه ، اكتساب المعلومات. إنهم بحاجة للمساعدة لكي يتمكنوا من التعامل مع المعلومات الحسية والحركية حتى يستفيدوا من حركات مدرسيهم . يستطيع المدرسون تقديم هذه المساعدة عن طريق استخدام البيئة ، تصميم وابتكار طرق ومهمات تعليمية والأهم من ذلك فهم ومساعدة أولئك الأطفال.

أن الأطفال ، وعلى الرغم من عجزهم ، ينمون أفضل في بيئة تشعرهم بالأمان والمساندة والتعزيز جسديا وعاطفيا يجب عليهم أن يتعلموا تقبل الحدود الملائمة ويحققوا المطالب المعقولة التي تتغير كلما ازداد نموهم واقتربوا من مرحلة النضوج ، بهذه الطريقة تتطور مهاراتهم الضرورية لكي يكونوا واثقين من أنفسهم ، منتجين ، مستقلين.

❖ العلاج الحركي :

كلنا نتردد أحيانا رغم علمنا إن ذلك الشيء قد يكون في صالحنا حين يكون الأطفال في حالة منخفضة من النشاط نراهم يترددون في الحصول على الحركة التي يحتاجونها لرفع حالة النشاط إلى مستوى أكثر ملائمة بينما يتردد الأطفال الذين لديهم

درجة مرتفعة من النشاط ، في أداء الأنشطة التي تعتبر مهدئة لهم ، في كلا الحالتين من الأفضل والأسهل البدء بنوع من النشاط الشفهي ، وعلى وجه العموم ، فإن المضغ يعتبر نشاطا تنظيميا ، والمص نشاط مهدئا بينما الطحن نشاط إثارة .أيضا فإن الطعم الحلو يعتبر مهدئا ، والطعم الحامض يعتبر منشطا وتنظيميا أما الطعم الحريف والمر يعتبران منبهين.

بعد أن يبدأ الأطفال في ممارسة النشاط الشفهي المناسب ، سوف يكون باستطاعتك إقناعهم بالجلوس فوق كرة علاج كبيرة والقفز إلى أعلى والي أسفل .

هذا النشاط قد يكون منشطا أو مهدئا ويمكن عمله أثناء الواجبات أو أثناء ممارسة أي نشاط يبدو ملائما بعد البدء بهذه الأنشطة يكون الطفل أكثر رغبة في عمل أشياء أخرى.

❖ **أنشطة العلاج الحركي التي أثبتت فائدتها :**

- أنشطة التعلق بالذراعين والتسلق والقفز للمس جزء عال ضرب وقذف الكرات أو الإسفنج الرطب تجاه الحائط.
- المشي والهرولة شيء يعجب الأطفال ويساعدهم كما أن إرسالهم لقضاء حاجات سهلة مثل ابتياع شيء من مكان قريب أو إرساله بشيء إلى الصف الآخر أو أحد الجيران.
- يستمتع الكثير من الأطفال ببعض أنشطة الكبار والتي ستكون مفيدة لهم مثل كنس ومسح الأرضيات ودفع عربة التسوق وحمل الأشياء) خاصة الكتب ، وأكياس المشتريات ، والأثاث الخفيف وأشياء أخرى) أيضا فإن عجن الخبز وخلط عجين الفطائر أو البسكويت باليد يكون مفيدا لهم ، وفي غياب الشيء الحقيقي ، يمكن استخدام الطين كبديل ممتاز ، أن الحفر وتقليب التربة وري النباتات وصبغ المنزل بالماء باستخدام فرشاة كبيرة وغسل السيارة كل هذه تعتبر أنشطة مفيدة.
- شجع الطفل على الإلتفاف فهذا النوع من الحركة أكثر تنظيما.البيئة المائية (حمام السباحة) يمكن أن تناسب مجموعة واسعة من الاحتياجات الحسية والعقلية.
- تشجيعهم على المشاركة في الرياضة المنظمة.

- وأخيرا لابد من القول أن من المحتمل قيام الأطفال باستخدام الحركات لتنظيم أنفسهم إذا رأوا شخصا ذو أهمية لديهم قام بعمل نفس الشيء الأنشطة الشفهية والذوقية .

كلنا نستخدم الفم لتنظيم وتهدئة وتنبيه أنفسنا ، الأطفال الذين يعانون من اضطرابات التكامل الحسي بحاجة لاستخدام الفم لأسباب كثيرة ومتعددة ، وهناك الكثير من الأنشطة التي بالإمكان ممارستها في المنزل أو الصف ويمكن أن تساعد الأطفال و أكثرها مسل ولا يحتاج إلا للقليل من المعدات الخاصة وقد لا نحتاج لها.

الأنشطة التي تتطلب النفخ تساعد الأطفال في تقوية النفس وهو شيء مهم للكلام .

وللأنشطة الأخرى ويتوفر لهذه الغاية الكثير من أنواع الصفارات التي تصدر أصوات وألعاب النفخ (نفيخات الحفلات ، المزامير) يستمتع الأطفال كذلك بنفخ كرات تنس الطاولة أو الكرات القطنية سواء كان ذلك على الأرض أو فوق الطاولة نفخ الفقاعات بجميع أشكالها يعتبر نشاطا ممتازا ويستطيع الأطفال استخدام عيدان المصاص (الشاليمون) لنفخ الأشياء أو الفقاعات ، أن ضخ القليل من سائل صابوني في طبق يمكن أن ينتج أكزاما من الفقاقيع مع الأخذ بعين الاعتبار معرفة الأطفال للفرق بين النفخ والبلع .

كما ذكرنا سابقا ، كلنا نستخدم المضغ ، المص ، والطحن لتهدئة أنفسنا أو لتنظيمها أو لتنبيهها ، بعض الأطفال يحبون مضغ الملابس أو أي شيء آخر متوفر ولذلك يوفر أنبوب المطاط بديلا أفضل عند استبعاد مضغ الطعام أو العلك ، بالنسبة للأطفال الأكبر سنا فإن بعض المساحات أو حاملات أقلام الرصاص التي يمكن ابتياعها بشكل منفصل وتلبيسها فوق طرف قلم الرصاص جيدة لعملية المضغ ولكن يجب التأكد أنها لا تتفتت بسهولة إن السماح للأطفال بشرب السوائل باستخدام عيدان المصاص يوفر إثارة فهميه ثمينة ، أن مص العصير أو الحليب من خلال عود المصاص يتطلب جهدا فميا للكثير من الأطفال .

وقت تناول الطعام

- هناك قواعد حسية أثناء وجبة الطعام كجعل أقدام الأطفال مستوية على الأرض وأن الكراسي تسمح لهم بوضع كوعهم على الطاولة.
- اسمح للأطفال بالشرب باستعمال عيدان المصاص.
- لتكن قائمة الطعام مشتملة على أطعمة تلحس وتمص وتطحن وتمضغ .
- ساعد الأطفال على الوصول إلى مستوى مناسب من التنبه قبل بدء تناول الوجبات فمن الصعب على الأطفال تهدئة أنفسهم أو تنبيهها أثناء جلوسهم أثناء تناول الطعام .
- أن الجلوس فوق كرة العلاج أثناء تناول الوجبات يمكن أن يكون مفيدا لبعض الأطفال.

❖ الملابس وارتدائها:

هل تعرف أن ما يبدو غير ذي أهمية لك قد يؤثر على سلوك الطفل بشكل كبير وراحته ، فمن الأفضل دائما احترام رغبات الأطفال فيما يتعلق بالملابس التي يفضلونها لأن إجبارهم على ارتداء ثياب معينة قد يؤدي إلى مضايقتهم وجعل عملية الانتباه صعبة عليهم ومن المفيد أيضا تذكر أننا نتجه لتلبيس الأطفال الملابس حسب إحساسنا نحن بدرجة الحرارة .

فالأطفال الذين لديهم دفاعية لمسية يكون إحساسهم بالدفيء أكثر من غيرهم من الحالات يكون الأطفال أكثر قدرة على تحديد الملابس المناسبة لهم أكثر مما نتصور . الكثير من الأطفال لن يسمحوا بأن يكونوا متضايقين من ملابسهم ما لم يكونوا غير قادرين على تحديد تأثير الحرارة على أجسامهم.

❖ العلاج باللعب:

يحتار الأهل والمدرسين لأطفال التوحد في كيفية اختيار ألعاب هؤلاء الأطفال وما هي نوعيتها وهل يتم اختيارها حسب سلوك الطفل أم حسب مستواه العقلي أم مستوى النضج أم مستوى التكيف العلاجي وكل ذلك بسبب التداخل المتشابك في السلوكيات المتنوعة والإعراض المختلفة ، والإجابة العلمية والسليمة على جميع هذه التساؤلات

مسألة ضرورية للأسرة التي لديها طفل توحدي فاللعب يعتبر أمرا لازما للطفل عموما ،ولكنه للطفل التوحدي يكون ضروريا أو حتميا ، ولهذا يصنف اللعب ضمن الحاجات النفسية والجسمية له، ومثله مثل الحاجة إلى الطعام والشراب والاستحمام.

ونظرا لأهمية اللعب في حياة الطفل التوحدي فلقد ارتكزت أكثر الاختبارات لتشخيص التوحد في عمر ١٨ شهر على عدة ألعاب يمكن للوالدين لعبها مع الطفل ومن هذه الاختبارات الـ (CHAT) وهو اختصار لـ Check List For Autism In Toddlers) (وبنيت الألعاب في هذا الاختبار على البحث الذي أظهر أن الطفل المصاب بالتوحد يفشل في تطوير مهارتين في اللعب بعكس الطفل السوي ، المهارة الأولى هي اللعب التمثيلي والثانية هي انه لا يؤشر حتى يجذب انتباه من حوله ويقول كبير الباحثين ممن وضعوا هذا الاختبار أن الطفل الطبيعي في عمر ٩ إلى ١٤ شهر يمكنه متابعة نظرات البالغ إلى لعبة أو شيء قريب من الطفل في نفس الغرفة كما يمكنه التأشير إلى لعبة أو شيء غريب لجذب انتباه البالغ إليه ، وهي خطوة مهمة في التطوير الاجتماعي بينما لا يقوم الطفل التوحدي باللعب التخيلي أو التمثيلي كأن يصب الشاي في الكوب ويطعم اللعبة ومن إحدى الألعاب في هذه الاختبارات لمعرفة قدرة الطفل على اللعب التخيلي هو أن يقدم الوالدين إلى الطفل أكواب شاي أو أبريق شاي (لعبة) ويسأله أحد الوالدين هل تشرب الشاي ؟ والطفل الطبيعي في هذا العمر عادة يمثل انه يصب لنفسه كوبا من الشاي وقد يظهر بعض الأصوات التي تمثل الشاي وهو يصب ، ثم يقرب الكوب من فمه وكأنه يشرب، أو يقربه للعبة لتشرب. ولكن لن يقوم الطفل المصاب بالتوحد بذلك .

زمن هنا يأتي دور الأهل والمدرسة لاختيار مجموعة من الألعاب وهذه الألعاب يتم اختيارها حسب سلوك الطفل ومستواه العقلي ومستوى التكيف العلاجي مع أهمية أن تخدم هذه اللعبة أحد حقول التطور السبعة عند الطفل التوحدي و التي سنتكلم عنها لاحقا فمثلا هناك ألعاب ذات آثار خاصة مثل تمارين خاصة للعضلات الدقيقة للأصابع

والوجه أو العضلات الكبيرة لليدين والرجلين ومن هذه الألعاب قذف الكرة ، التسلق ، السباحة ، الركض، المشي ، شد الحبل (عضلات كبيرة) أو ألعاب الفك والتركيب الضغط على المعجنات الطينية (عضلات دقيقة) وألعاب الحساب والمطابقة والتصنيف (مهارة أكاديمية) وألعاب القص واللصق والتفييل وضع مجسمات صغيرة وألعاب التهجئة (مهارة مهنية) وألعاب الحوارات والقصص والتكلم على الهاتف (تواصل) وأخيرا ألعاب التعارف واللعب الخيالي(مهارة اجتماعية) ويستهدف من وراء هذه الألعاب تقويم عيب بدني أو الحد من إعاقة جسدية معينة للطفل المصاب بالتوحد أو تخفيف قصور نمائي يعاني منه .

❖ **العلاج بالموسيقى :**

يختلف الكثيرين في أهمية إدراج الموسيقى أو الإيقاع ضمن مواد تعليم وتدريب الأطفال الذين يعانون من إعاقة التوحد وهل وجودها له تأثير ايجابي على هؤلاء الأطفال ؟

❖ **رأي الخاص:**

هو نعم بشدة ويأتي الإصرار من خلال ملاحظاتي لأطفال مصابون بالتوحد يظهرون استمتاعا غير محدد لحصص الموسيقى واهتماما بالحلقات الغنائية وانتباها واضحا لمقاطع موسيقية سواء في الراديو كاسيت أو الأفلام الكرتونية أو الدعايات التلفزيونية ، ويأتي أيضا هذا الإصرار من خلال تجربتي الشخصية مع اثنين من تلامذتي كان التعبير اللفظي لديهما معدوم حتى عمر ٩ سنوات للأول و ١١ سنة للثاني ولكن بعد إتباع برنامج موسيقى إيقاعي معها أبديا تقدم ملموس على صعيد التواصل اللفظي واضحا يشاركان بلفظ أكثر كلمات الأغاني الموضوعة في الخطة الخاصة بهما .

ومن هنا يأتي إيماني بأهمية الموسيقى ليس فقط في مساعدة الطفل التوحدي على التركيز والتواصل بل على مساعدته أيضا على المشي والتوازن .

أساليب أخرى تدخل ضمن العلاج الموسيقى :

١) جهاز الأشعة الصوتية الموسيقية أو الـ (Sound Beam) وأول من استعمله هو الدكتور فيليب أليس من جامعة وارك في إنجلترا وهو جهاز يعمل على الأشعة يصدر أصوات موسيقية عند كل حركة يقوم بها الطفل فالنظرية تقول إن الطفل تجذبه الأصوات الصادرة عن هذا الجهاز وتشجعه على التواصل هذا عدا إمكانية إن يربط الطفل حركته مع الصوت الذي يصدره الجهاز ويتعلم بعد ذلك إن كل فعل له ردة فعل ويبدأ بعدها بالتواصل مع المعلم والاستجابة للتوجهات والتي يمكن تطويرها لا حقا حسب البرنامج الموضوع.

٢) استعمال ميكروفون ومكبرات صوت في حصص الغناء وذلك يدفع الطفل ويشجعه على لفظ الأحرف والكلمات وخاصة إذا استطعنا الحصول على جهاز تغير الأصوات والصدى.

❖ العلاج بالرسم:

وبوصولنا إلى فقرة العلاج بالرسم استهل حديثي بمثل حي عن إحدى حالات التوحد الشديدة التي عملت معها في فرنسا.

مجيد هو شاب فرنسي من أصل جزائري عمره ١٣ سنة يعاني من حالة مرض ذهاني توحدي شديد يسيطر عليه سلوك تدمير الذات ولديه ضعف شديد في التآزر الحركي أي تضامن حركة اليد مع ما تراه العين ، شديد البطء في حركاته ويرفض التعاون .

ولكنه أدهش الجميع ذات يوم عندما حصل على ألوان زيتية وريشة ولوحة بيضاء في أحد مخيماتنا الصيفية وقام بخلط الألوان على طريقته الخاصة وكانت النتيجة لوحة فنية سفينة في البحر فيها من التآزر الحركي ما لا يستطيع فعله أي راشد سوي وهكذا فإن التآزر عند مجيد لم يكن يظهر إلا عندما يرسم ولله في خلقه شؤون .

ومن هنا أرى أن الرسم والتلوين هو نشاط يحتاجه الطفل لتنمية قدراته الذهنية وتطوير أفكاره وإثراء خياله ومعرفته.

فالتعبير بالرسم عند الطفل العادي يشبه إلى حد ما اللعب التخيلي فبالرسم يستطيع الطفل أن يتخيل ويعبر عن الأشياء المحيطة به وهي في الغالب أشياء واقعية أو شبه واقعية وإذا كان هناك فوائد تعود على الأطفال العاديين من خلال التعبير بالرسم فإنه من المؤكد إننا نستطيع توظيف هذه النقطة لفائدة أطفال التوحد.

والرسم يحتاج إلى قدرات فنية تساعد الطفل التوحدي على أن يتعود على التفكير عن طريق اللعب بالألوان والتعبير بالرسم ولا شك أن اثر ذلك يكون واضحا في المستقبل ومن المعروف بأن في التدخل المبكر نحصل على نتيجة أفضل وأسرع.

وهناك طرق أخرى للرسم تسارعت في العقود الأخيرة ألا وهي الرسم بالكمبيوتر حيث تعددت البرامج الخاصة بالرسم ومنها ما صمم للأطفال ذو القدرات المحدودة وهذه البرامج تلاقي استحسانا واهتماما من الأطفال التوحدين.

❖ العلاج بتنمية حقول التطور السبعة :

أن تنمية حقول التطور عند الطفل التوحدي هو السبيل لوضع هذا الطفل على طريق الاستقلالية والاعتماد والثقة بالنفس لذلك لابد من معرفة أن هناك سبعة حقول للتطور عند الطفل المصاب بالتوحد يمكن عبرها تبسيط عملية النمو وهي:

١) التواصل الميسر.
٢) تنمية المهارة الأكاديمية .
٣) تنمية العضلات الكبيرة .
٤) تنمية العضلات الدقيقة.
٥) تنمية المهارة المهنية .
٦) تنمية المهارة الاجتماعية.
٧) تنمية مهارة العناية الذاتية.

مع العلم انه عند العمل على مراحل النمو عند الطفل المصاب بالتوحد يجب الأخذ بعين الاعتبار أن لكل مجال من مجالات التطور مراحل متسلسلة يتوجب إنجازها بحيث يعتمد إنجاز مرحلة ما على نسبة نجاح المرحلة التي سبقتها فلا يمكن للطفل أن يربط

حذائه قبل أن يكون قد تعلم لبس هذا الحذاء ولا يمكنه أن يفرش أسنانه قبل أن يكون قد تعلم وضع المعجون على الفر شاه لذلك يجب أن يكون هناك ما يسمى بتحليل النشاط وتجزئته وآلية القيام به والخطوات الواجب ابتاعها لإنجاز ذلك النشاط ومن ثم تقييم ذلك الإنجاز وكيفية إعادة جدولة النشاط إلى خطوات أبسط في حالة الفشل.

أما الأساليب المتبعة والأدوات المستعملة فمتعددة وفق الحاجة للهدف المطلوب وهناك أمور يجب التقيد بها:

- استعمال الأدوات والمواد الميسرة والطبيعية والتي يتعامل معها الطفل عادة في حياته اليومية قدر المستطاع.
- أن يكون هناك تواصل بين الفريق التربوي وبين المنزل والعائلة.

❖ التواصل الميسر:

التواصل هو القاسم المشترك بين جميع طرق التدخل والعلاج للطفل التوحدي فإذا أردت أن تعدل سلوكيات فأنت بحاجة للاتصال بالولد عبر بث الرسالة بما هو مطلوب واستقبال إذا كانت هذه الرسالة قد وصلت فعلا وكذلك الأمر بالنسبة للعب والموسيقى والرسم والعمل على حقول التطور السبعة إذا فإن التواصل هو مفتاح النجاح مع هذه الفئة من الأطفال .

وذلك لأن التواصل يؤمن لهم التفاعل والتكيف ومجاله متعدد الأبعاد من حيث الاستقبال البصري والسمعي واللمس والشم والذوقي والبث الصوتي والحركي والإيمائي وهناك مجال رحب للتدريب على التواصل مع المحيط الخارجي عبر تسلسل العمل على هذا الموضوع يبدأ بالتحقق في مستوى السلم السمعي (يمكن للمعلم إن يتحقق منه عبر ألعاب حسية) ثم المباشرة على تأمين الحد الأقصى في القدرة على الاستقبال السمعي ثم الانتقال إلى التدريب على اللفظ وتدريب العضلات في الشفاه والوجنتين وانسداد الحنجرة.

وإضافة إلى آليات النطق نواجه مشكلة تعميم البث والاستقبال بشكل عام داخل المدرسة ونقل عملية النطق إلى الشارع والبيت .

وللتواصل مع الطفل التوحدي نستعمل طريقة التنظيم والتوضيح المبالغ فيه حتى يفهم الولد أين يذهب ، ماذا يفعل ، وكيف يقوم بالعمل وذلك عن طريق جداول يومية موضحة بدليل بصري ومسلسلة حسب البرنامج اليومي الموضوع للصف ، وهذا الدليل البصري يمكن أن يكون مجسم للنشاط نفسه (يمكن وضع كرة صغيرة في الجدول لتوضيح حلول حصة الرياضة) ويمكن أن يكون الدليل صورة للنشاط) صورة الولد نفسه وهو يلعب بالكرة) ويمكن أن يكون رمز للنشاط (مثلا رموز ماكتون) أو كلمة للنشاط (رياضة) مع الأخذ بعين الاعتبار أهمية مراعاة كل ولد حسب قدراته واختيار الدليل البصري المناسب له.

وتعتمد أكثر العائلات ممن لديهم طفل مصاب بالتوحد هذه الطريقة في المنزل وتفيد هذه العائلات أن الطفل أصبح منظما وقل تؤتره وتشتته وأصبح يتواصل أكثر مع الأهل عن طريق استعمال الدليل البصري.

❖ أهم تمارين التواصل والنطق التي نعمل عليها مع الطفل المصاب بالتوحد فهي :

• في الاتصال:

١) الإشارة إلى الأمور ، مستخدما حركات أو أصوات أو تعابير الوجه والعين والجسم أو دليل بصري.

- يريد اهتماما .
- يريد شيئا ما .
- يريد فعل شيء ما.
- رفض شيء ما أو عمل ما.

٢) استعمال الإيماء أو الكلمة للإشارة أو الوصف.

- أريد اهتماما.
- أريد فعل شيء ما .
- الترحيب ...التأهيل .
- تحية المغادرة .

وتستعمل إشارات ماكتون مع أطفال التوحد نظرا لسهولتها.

- **في النطق**

١) إصدار صوت "آه".

٢) إصدار أحرف صوتية ، بما فيها "ايه" "اوه" "باه.

٣) إصدار تتابع من الأحرف الصوتية.

٤) المشاركة في نغمة أغنية ولفظ بعض الكلمات.

٥) إصدار طلب من كلمة واحدة (حمام – اشرب).

٦) تأليف جملة من كلمتين (أريد الحمام).

٧) محاورات وقصص لمن لديهم قدرات أعلى في النطق.

❖ تنمية المهارات الأكاديمية:

(المهارات الفكرية المعرفية)

وهو المحور الرئيسي لعمليات النمو وممارسة الدور الفعلي للمجالات التي تكلمنا عنها سابقا وخصوصا المهارات التواصلية ويتم التزود بالمعرفة وتنمية المهارات الأكاديمية وفقا لمستوى الجهاز العصبي والحواس عند الطفل المصاب بالتوحد وعلى مراحل :

المرحلة الأولى : تبدأ بالدمى والألعاب والأشكال والألوان والأصوات والصور والأغاني والأشعار والعبث بكل ما يخطر بالبال في أشياء وأغراض تملأ مكان الطفل وتشغل بصره ومذاقه وشمه وسمعه ولمسه وهناك استعمال الصور والأشكال والألوان والأصوات والألحان والمذاقات والروائح والنكهات والعبث بالمعجون والماء ومختلف أنواع الطلاء إلى ما هنالك من الحركات العشوائية.

المرحلة الثانية : وهنا يمكن توظيف الأشكال والصور والأصوات وغير ذلك في المواضيع الحسية الحركية بأنماط أكثر تنظيما وترتيبا وفي هذه المرحلة يسبب هذا التوظيف بعض الغموض والتشتت والضياع للتلميذ ولكنها تؤمن في نفس الوقت مخزونا ضخما وواسعا من الأفكار والمفاهيم.

المرحلة الثالثة : وهي المرحلة المجردة تأخذ فيها الأفكار والمفاهيم طابع المنطق وفيها يبدأ التلميذ بربط صورة الكلمة والصوت المعبر عنها واللون والصوت المعبر عنه وتأخذ مجمل المفاهيم والمهارات (فوق ،تحت) (اكبر ، اصغر) (أطول ، اقصر) (مغلق ، مفتوح) وغيرها من المفاهيم بالإضافة إلى العد والأعداد والمطابقة والتصنيف ومهارات الكتابة والقراءة والوقت وقياس المسافة وتقديرها .

وفي ما يلي اذكر بعض التمارين والأهداف التي نعمل عليها مع الطفل المصاب بالتوحد ضمن نطاق تنمية المهارات المعرفية الفكرية (المهارات الأكاديمية).

أ- في العد والأعداد :

١) مطابقة أزواج من الأشياء المتماثلة (الصور – الأشكال – الألوان).

٢) مطابقة أزواج من الأشياء التي تتماشى معا (مثل العثور على الأغطية الصحيحة لعلب مختلفة) أو إيجاد البرغي المناسب للصامولة (العزقة) المناسبة.

٣) فرز وتصنيف أشياء عديدة إلى مجموعات حسب النوع حسب الشكل، حسب اللون ، حسب الحجم.

٤) وضع الأشياء بالترتيب حسب الحجم ، حسب الوزن ، حسب السماكة.

٥) كتابة الأعداد على نقط وفي مرحلة اخرى نقلا عن نموذج وأخيرا كتابة الأعداد وقراءتها اعتماديا.

٦) القيام بعمليات جمع وطرح وضرب بسيطة.

ب- النقود والوقت والطقس:

١) معرفة قيمة العملات المعدنية والأوراق النقدية.

٢) جمع وطرح النقود مع استعمال الفكه.

٣) تقدير معقول لأسعار السلع لمعرفة المبلغ الواجب دفعه لعلبة المياه الغازية أو العصير أو ما يجب حمله في الجيب لشراء حذاء أو بنطلون.

٤) معرفة إذا كان الوقت صباحا أو ظهرا أم ليلا.

٥) ترديد أسماء أيام الأسبوع ومعرفة ما هو اليوم وماذا كان بالأمس.

٦) ربط المنبه على الوقت معين.

تميز ما إذا كان الطقس مشمس أو ملبد بالغيوم أو ممطر .

ت- القراءة :

١) تمييز اسمه ا وقراءته

٢) قراءة الأعداد من ١ : ١٠ وفي مرحلة أخرى حتى المائة والألف الخ .

٣) تمييز ٣ كلمات ، تمييز ٦ كلمات ، تمييز ١٢ كلمة وصولا إلى قراءة نص .

ث- الكتابة:

١) كتابة اسمه على تنقيط مسبق.

٢) نقل اسمه عن نموذج.

٣) كتابة اسمه بلا مساعدة.

٤) البدء بكتابة كلمات نقلا عن نص (تطبق نفس المراحل بالنسبة للأرقام).

❖ تنمية العضلات الكبيرة .

لا تقل العضلات الكبيرة أهمية عن غيرها من حقول التطور عند الطفل التوحدي فهذه العضلات هي التي تتحكم بالجلوس والوقوف ومد الذراعين ، والتحرك والانحناء ، التحرك زحفا أو دبدبة ، المشي ، صعود ونزول الدرج ، القفز والرقص وتحريك الأشياء والركض والتسلق وغيرها من المهمات التي تحتاج لقوة دفع الجسم والأطراف .

ومن أهم الأنشطة والتمارين التي نعمل عليها مع المصابين بالتوحد في مجال تنمية العضلات الكبيرة:

١) إن أفضل النشاطات التي تنمي كفاءات الطفل الحركية هي النشاطات التي تجعله مرنا في تغيير اتجاهه بشكل دائم ، مكتسبا حرية الحركة بيديه ورجليه من ناحية وعموما جسمه من ناحية أخرى ، إن الحركة في مختلف الاتجاهات تنمي قدرة الإدراك الحركي لليدين والساقين ، وتؤدي إلى نشوء مفهوم العلو ، العمق والأبعاد في جو الطفل المحيط ومن هذه التمارين يمكن استعمال عوائق مختلفة لاختراقها أو الالتفاف حولها ، أو الانعطاف عنها ، أو تسلقها أو القفز فوقها ، أو الزحف أو الحبو أو الركض للوصول إلى النقطة النهائية ، يمكن استعمال السلم الخشبي العريض ،وألواح خشبية مختلفة الأشكال ، براميل ، دواليب كبيرة ، علب كرتون

علب خشبية حبال ، مكعبات كبيرة ، صناديق مملوءة بالرمل ، أكياس معبأة بمختلف أنواع مواد الحشو (لتزود الطفل بالإحساس والشعور بالصلابة والنعومة والطراوة) والكراسي والطاولات وخراطيم الماء الفارغة ، السلال والبسط وغيرها من المواد .

يستحسن من خلال المسير عبر هذه العوائق دفع الطفل للتفكير إن يتطلب التفكير والتركيز وتنمية مهارة الطفل في الخروج من المأزق الحركية ، هذا من شأنه إن يشجعه الطفل على التفكير والمناورة والتجربة لعدة مرات للتمكن من تخطي كل عائق.

٢) تدريب الطفل على الجلوس على الكرة العلاجية الكبيرة ثم يعمل على تحريكه.

٣) المشي بمختلف الاتجاهات بعد تحميل الطفل وزنا خفيفا.

٤) اللعب بالكرة بحيث يقذفها ثم يتابع تقفيزها على الأرض على ما يشابه اللعب بكرة السلة .

٥) المشي على رؤوس الأصابع.

٦) يوقف الطفل في الملعب بحيث تكون قدماه في صندوق كرتون صغير .

٧) تقذف الكرة باتجاهه ، ويطلب منه تجنب الكرة بتحريك جسمه دون قدميه.

٨) تقليد سير الحيوانات (مشية الدب ، مشية الضفدعة –مشية البطة)المشي على الركب والمشي على وسائد مختلفة الحجم والصلابة.

٩) الدحرجة من على علو.

١٠) السير والحبو والزحف من خلال أنفاق صناعية.

❖ تنمية العضلات الدقيقة.

تأتي أهمية تنمية العضلات الدقيقة نظرا لحاجة الطفل إلى هذه العضلات في كل ما يدخل بعملية التعليم المنظم وكل ما من شأنه الإعداد والتدريب المهني كالرسم والكتابة والحرف اليدوية على أنواعها ولغة الإشارة والإيماء واستعمال الأشياء على أنواعها البسيطة منها والمعقدة.

المحركات الدقيقة هي التي تمكن الطفل من إمساك الهاتف ، فتح الأبواب ، والشبابيك واستعمال كافة المفاتيح والقيام بأعمال يدوية واستعمال الأدوات الموسيقية والأعمال اليومية كالمسح والتنظيف والغسيل وربما الكي وتقطيع وتصنيف الخضار والفواكه .

أهم الأنشطة والتمارين التي نعمل فيها مع المصابين بالتوحد في مجال تنمية العضلات الدقيقة.

- الصور التركيبية *Puzzel* من مختلف الأحجام.
- مطابقة الأشكال بالفراغات.
- شك الخرز من مختلف الأحجام.
- الملابس على أنواعها (سراويل – قمصان – أزرار – سحابات – شريط الحذاء– الحزام - القبعة – الجوارب – لباس السباحة).
- أدوات الطعام أكواب وصحون ملاعق وشوك وسكاكين فوط وأوعية مطبخيه على أنواعها مع مراعاة شروط السلامة عينات حقيقية من الخضار والفاكهة واللحوم والبذور والحبوب والمواد الأولية لصناعة الحلويات والعجين.

أما الأهداف التي نتوخى الوصول إليها من استعمال هذه الأنشطة والتمارين هي:

- الإمساك بالأشياء لفترة قصيرة (القبض عليها بالأصابع وراحة اليد)
- القدرة على القبض على جسم يمسكه شخص آخر.
- نقل أشياء من يد إلى أخرى.
- التقاط أشياء صغيرة بالإبهام والسبابة.
- وضع ورفع الأشياء عن الأرض.
- استعمال الإصبع لاكتشاف الأشياء ولمسها.
- رسم علامات بقلم الرصاص أو التلوين.
- وضع مكعب فوق آخر وبناء أبراج من المكعبات.
- تقليب صفحات كتاب.
- رفع غطاء علبة كرتونية.

- استعمال فرشاة التلوين.

❖ تنمية المهارة الاجتماعية. والعاطفية والانفعالية

يلعب الأشخاص المحيطين دورا كبيرا في تنمية المصاب بإعاقة عقلية بدءا من أفراد أسرته وأقربائه ورفاق الحي ثم المربين والجو التعليمي التربوي العام وفي تحدي الأطر التي يتحرك خلالها الولد سلبا أو إيجابيا ، وتعتبر المجتمعات العربية من المجتمعات المجحفة في حق المصابين بإعاقات وهذا عائد إلى الكثير من في العادات والتقاليد البالية التي تحمل هؤلاء التلاميذ أعباء لا قدرة لهم على تحملها ومعظم تلاميذنا يتلقون وبشكل دائم مواقف وظروف تؤدي إلى تعجيزهم بقصد أو دون قصد مما يزيد في إحباطهم ويمعن في دونيتهم وفقدانهم لأبسط حقوقهم.

وأهم الأنشطة التي نعمل عليها مع الطفل التوحدي في مجال تنمية المهارة الاجتماعية والعاطفية والانفعالية:

١) **الانتباه** : النظر إلى شخص يتكلم أو يلعب.

- مراقبة وجه وحركات المعلم أثناء أدائه أغاني الأطفال النظر إلى كتاب مصور مع المعلم.
- مراقبة أشخاص يتحدثون ، والتنقل بالنظر من أحدهم إلى الآخر.
- انتظار الدور.

٢) **التقليد : تقليد حركات بسيطة (كالتصفيق بالأيدي).**

- تقليد أعمال تتعلق بأشياء (كقرع الطبل ، أو إطعام لعبة)
- تقليد أصوات هزيلة ،كالسعال والعطس المفتعل.
- تقليد كلمات بسيطة.
- تقليد أصوات الثرثرة المبهمة.
- تقليد رقصة بسيطة.

٣) **المعرفة الاجتماعية:**

- معرفة أفراد العائلة عند رؤيتهم أو رؤية صورهم.
- معرفة زملائه في الصف ومعرفة معلميه

- . اللعب مع الأطفال من عمره.
- التصرف بشكل موثوق في السوق.
- السؤال عن كيفية الوصول إلى مكان لم يزره سابقا.
- معرفة عنوان المنزل ورقم الهاتف.
- شراء وجبة طعام بمفرده.

❖ تنمية المهارة المهنية.

يتم تدريس النشاطات المهنية كجزء من المنهاج العام وكمادة أساسية في الخطة الفردية لكل تلميذ ، حيث يتلقى الطفل تدريبا مهنيا مع مدرسه مباشرة، أو في أحد أقسام المدرسة (الورش على يد مدرب مهني) ومن الضروري أن يكون هناك تنسيق كامل بين المدرب المهني والمدرس.

وقد لوحظ إن سبب تقصير المصاب بالتوحد في حياته المهنية عائد إلى عجزه عن القيام بالنشاطات الاجتماعية والاتصالات الفردية مع زملائه في ورشة العمل مع أن أدائه المهني مقبول نوعا ما لذلك يجب أن يكون هناك تحضير شامل للمصاب بالتوحد من الناحية المسلكية والاجتماعية والأكاديمية (قراءة وكتابة وحساب) ومهنية ونفسية لكي يتمتع بأكبر قسط من الاستقلالية وان يقوم بأداء مختلف النشاطات على أفضل وجه .

أما عندما يفشل المصاب بالتوحد بالالتحاق بإحدى الوظائف بالسوق التوظيفية العامة ، فيجب عند ذلك إلحاقه بالورش المحمية (وهي الورشة المصممة أصلا ليعمل فيها ذوي الحاجات الخاصة).

وفيما يلي أهم التمارين والأهداف التي نعمل عليها مع الأطفال المصابين بالتوحد ضمن نطاق تنمية المهارات المهنية:

١) أعمال النجارة (قص قطعة خشبية صغيرة ، دق المسامير على الخشب ، الحف بورق الزجاج وتنعيم الخشب ، وتغرية قطعتين خشب معا ، صنع صندوق خشبي بسيط.

٢) أعمال البستنة (زرع البذور – سقاية النباتات– نكش الحديقة تحضيرا لزراعتها – إزالة الأعشاب الضارة – تسوية الأرض حول النباتات – نقل النبته من الحوض إلى أرض الحديقة ،الخ .

٣) الحرف اليدوية:

شغل الصوف والحياكة (حياكة الصوف حول المسامير اعتمادا على نمط معين حياكة قطب بسيطة – حياكة أشكال هندسية من القماش صنع العاب من القماش .

أعمال الورق والكرتون (قص الورق بدقة على امتداد خط طي الورق بدقة على امتداد خط ، لصق الورق بعناية صنع كيس ورقي ، صنع مغلف رسالة ، صنع علبة كرتون.

صنع الزهور (قص وطي ولزق الورق بعناية ، صنع أزهار ورقية بسيطة ، قص القماش بدقة ، صنع أزهار قماشية بسيطة.

استعمال القوالب للجص الناعم (الجفصين) (ملئ القالب بعجينة الجص الناعم، خلط الجص بالكثافة الصحيحة ، ورسم وزخرفة النموذج ، إزالة القالب بعناية ، معرفة الوقت الذي يصبح فيه النموذج جاهزا لرفعه من القالب.

استعمال القوالب للشمع (وضع الفتيل بالشكل الصحيح رفع الشمعة من القالب ، استعمال وعاء الشمع المصهور بأمان ، صب الشمع الساخن بأمان ، تسخين الشمع ومعرفة متى يكون جاهزا .

هذا بالإضافة إلى التمارين الكهربائية البسيطة و أعمال التعبئة (حبوب على أنواعها في علب وأكياس) وتعبئة السوائل في زجاجات وعبوات (صابون ، مشروبات) وعمليات تصنيع المأكولات البسيطة وأعمال البناء البسيطة . و إشغال الميكانيك (الفك والتركيب) وغيرها من الأعمال.

❖ تنمية مهارات العناية الذاتية.

لاشك من أن التمكن من القيام بالمهارات المعيشية اليومية هو الإطار الأساسي لاستقلالية الفرد وأكثر من ٦٠ % من المصابين بالتوحد بإمكانهم التوصل إلى اكتساب

مهارات العناية الذاتية للقيام بضرورات الحياة اليومية والأساسية أي ، اللبس والعناية بقواعد النظافة والصحة العامة والتغذية وإمكانية القيام بالنشاطات الضرورية للعيش ضمن المجتمع والإلمام بقواعد الحماية من المخاطر والحرائق ولكن ليس من السهل أبدا الوصول إلى هذه الأهداف فالطريق طويلة ومليئة بالعوائق وتبدو في كثير من الأحيان مخيبة للآمال ، ومحفوفة بالفشل وتخلق اليأس والتسليم بالأمر الواقع وذلك اليأس والتسليم ما إلا تعجيز للمصاب من جديد وإغراقه في الحياة الإتكالية.

أما التمارين والأهداف التي نعمل عليها مع الأطفال المصابين بالتوحد هي ضمن نطاق تنمية مهارات العناية الذاتية هي:

١) **الأكل** : الشرب من الكوب بلا مساعدة باستخدام كلتا اليدين .

- استعمال أدوات المائدة (شوكة – معلقة– سكين-صحن).
- تناول الطعام بطريقة مقبولة اجتماعيا.
- تناول وجبة الطعام من دون مساعدة.
- فرش الزبدة أو المربى على الخبز بواسطة السكين.
- التقشير والتقطيع.
- طبخ وجبة بسيطة.
- سكب الكمية المناسبة من الطعام في الطبق.

٢) **النظافة الشخصية** : غسيل اليدين وتنشيفهما بلا مساعدة قبل وبعد الأكل وعند الحاجة.

- غسيل الوجه والأنف بلا مساعدة.
- الاستحمام بلا مساعدة.
- استعمال أدوات النظافة.
- تمشيط الشعر بالمشط والمرآة بلا مساعدة.
- تنظيف الأسنان بالطريقة المقبولة.
- تنظيف الأظافر وقصها.
- حلاقة الذقن للشاب بلا مساعدة.

- الاعتناء بالصحة بالنسبة للفتاة.

٣) استعمال الحمام :

- طريقة طلب الحمام (للتبول والتبرز).
- التدريب على التبول والاغتسال بعد الانتهاء.
- استعمال المراحيض العامة والمرافق المشابهة بالشكل الصحيح.

٤) الثياب وملحقاتها:

- خلع وارتداء الحذاء وربط الشريط والتمييز بين الفردة اليمنى واليسرى.
- خلع وارتداء الجوارب.
- خلع وارتداء القمصان.
- خلع وارتداء البنطلون.
- خلع وارتداء الألبسة الداخلية.
- فتح وإغلاق السحاب.
- فك وتزرير الأزرار.
- تمييز ظهر الثوب من وجهه.
- لبس الحزام والقبعة.
- التمييز بين الثياب النظيفة والأخرى المتسخة.
- اختيار الثياب المناسبة للطقس.
- غسيل وكوي الثياب.

٥) الأعمال المنزلية:

- أعداد مكان تناول الطعام (صف الصحون وأدوات الطعام الأخر)
- تنظيف أواني الطعام وأواني الطبخ.
- كنس ومسح الأرض بالممسحة والماء ومواد التنظيف.
- ترتيب السرير وغرفة النوم.
- غسيل ونشر وطي وكوي الملابس .

الفصل السادس

فعالية برنامج علاجي سلوكي في تنمية بعض التعبيرات الانفعالية لدي عينة من الأطفال التوحديين

يهدف البرنامج الحالي إلى تنمية بعض التعبيرات الانفعالية للأطفال التوحديين في المرحلة العمرية من (٥-٧) سنوات من خلال استخدام فنيات العلاج السلوكي

❖ **الأهداف الإجرائية للبرنامج :-**

١) تنمية بعض التعبيرات الانفعالية لطفل التوحدى وهى (الحزن – السعادة).

٢) تقليل درجة العزلة للطفل التوحدى من خلال اتصاله بالآخرين .

٣) تعديل بعض السلوكيات الخاطئة عند الطفل التوحدى مثل(النشاط الزائد – نوبات الهستريا –العدوان) .

٤) علاج بعض المشاكل السلوكية للطفل التوحدى.

٥) تنمية مفاهيم عقلية (المجال المعرفي) بواسطة فنيات العلاج السلوكي مثل:– التسلسل (فوق /تحت) ، التشكل ، النمذجة

٦) تنمية قدرات عقلية(مهارات عقلية) :من خلال:

- مهارة الانتباه أثناء التدريبات والأنشطة الحركية .
- مهارة الإدراك .
- مهارة تكوين المفهوم .
- مهارة التعلم والتذكر.
- مهارة حل المشكلة :

وهذه هي المرحلة الأخيرة وهى أن يكون الطفل معتمد على نفسه.

٧) مجال نمو الطفل التوحدى يهدف البرنامج إلى الكشف عن القدرات الذاتية للطفل ، وتوجهها توجيهاً إيجابياً بدلاً من (ثورات الغضب–نوبات الصراخ–العزلة) وكذلك معرفة (تعبيرات الوجه للمعلم –والباحثة–والمحيطين بالطفل)

٨) تحقيق خبرات سارة للطفل التوحدى

٩) إكساب الطفل المهارات الحسية (المجال الحسي حركي).

١٠) إكسابه المهارات الاجتماعية (المجال الوجداني)

١١) إكسابه مهارات التفاعل الاجتماعي.

١٢) تنمية مهارات التميز السمعي مثل : الاستجابة لسماع اسمه –الاستجابة للأوامر وتسمية الأشياء المألوفة

١٣) تنمية المهارات المعرفية من خلال مطابقة الألوان والصور.

❖ أهمية البرنامج :

تتمثل أهمية البرنامج الحالي في أنه قائم علي أساس أسلوب العلاج السلوكي ويتم التطبيق فردى لكل طفل توحدي من أطفال العينة . لان لكل طفل احتياجات تعليمية خاصة به ومستوى نمو مختلفة لقدراته تختلف من طفل لأخر (أي أن لكل طفل بروفيل خاص به)

ومن ثم تأتى أهمية البرنامج في أنه يهتم بتنمية بعض التعبيرات الانفعالية للطفل كما يدركها هو وإكسابه بعض السلوكيات المرعوبة .

يعمل البرنامج على توفير أنشطة مصورة وتدريبات سلوكية تزيد من قدرة الطفل التوحدى على فهم بعض التعبيرات الانفعالية في التواصل الوجداني مع الآخرين

❖ محتوى البرنامج :

من المتغيرات أو السلوكيات التي تتضمنها البرنامج هي :

- تعلم انفعال السعادة ☺
- تعلم انفعال الحزن ☹

حتى يمكن الوصول لهذه الانفعالات لابد أن يتعلم الطفل بعض السلوكيات أخرى (أي يجب أن يكون الطفل عارف هذه السلوكيات أو المهارات) حتى تساعده للوصول لهذه المرحلة وهذه المراحل هي :

المرحلة الأولى :-

هي محاولة تنشيط أو تركيز عملية الانتباه : وتتم من خلال تنمية الحواس المختلفة وهى تتكون من عدة أنواع :

الاتصال البصري أو بالعين مثل (وضع أرز أو مكرونة أو حبيبات فول في زجاجة أو صب ماء من الكوب في طبق) ثم إعطاء الطفل مكافأة (تكون من المعززات مثل عصير حلوى أي شيء يفضله الطفل) عند النظر إلى الشيء.

- الاتصال الرمزي مثل (اللعب بالألوان مثل وضع لون على لعبة أو اللعب بالألوان في الماء- اللعب بقطعة نقود أي مستخدماً فنية الاقتصاد الرمزي)
- الاتصال التتابعى مثل (عمل عجينه من الصلصال أي إحضار الأدوات ثم تنفيذه أمام الطفل).
- الاتصال لفترة من الوقت مثل (عمل وجبة غذاء عن طريق إحضار الأدوات الآتية ورق ملونه-أرز-غيرة -فول-عنب ثم وضع هذه الأشياء على الغيرة) ويمكن للطفل أن يتناولها في وجبة الغذاء.

المرحلة الثانية :-

هي عملية الإدراك : وتتم من خلال **الاستجابة كالأتي :**

- التقليد الحركي بالجسم مثل (رفع اليد-الرجل-أو اللعب بالكرة).
- التقليد بالصوت مثل(أذكر اسم الطفل زى أحمد وأقول لطفل يرددها) وأفضل شيء هو أن أبدا من أي صوت يظهره الطفل مثل ما ما ما ...... ماما ماما ، با با باباوهكذا

المرحلة الثالثة:-

هي عملية تكوين المفهوم : وتتم من خلال الاستجابة الآتية :

- فهم الأوامر البسيطة مثل(هات – خذ-أمشِ-أقعد)
- تمييز الشيء بالاسم مثل (وضع الأشياء المفضلة له أمامه والشيء المفضل له لابد أن يذكره بالاسم مثل عصير أو غيره).
- مطابقة أشياء ممثلة مثل (يذكر الشيء مع الذي مثله ومطابقته)

المرحلة الرابعة:-

هي عملية التعليم أو التذكر : وتتم من خلال مدى الاستجابة الأتي :

- التعبير عن الاحتياجات مثل (عايز عصير-عايز أكل)
- استخدام الشيء لتعبير عن رغبة مثل(استخدام كوب رمز عطشان)

المرحلة الخامسة :-

هي عملية حل المشكلة : وتتم من خلال مدى الاستجابة الأتي :

- مطابقة الشيء بأصلة مثل (مطابقة العصير بصورته-مطابقة صورة المعلم)
- أن يكون قادر على فهم الشيء الأخر مثل(تعلمه انفعال الحزن - انفعال السعادة) وذلك من خلال قصة واللعب والغناء مع الطفل .

❖ **ويمكن توضيح هذه السلوكيات التي يتضمنها البرنامج بشكل عام من خلال :-**

- تكوين علاقة طيبة بالطفل من اللعب معه(وسوف تستغرق مدة شهرين)
- تحقيق اتصال بالعين.
- تنمية بعض الانفعالات من خلال اللعب والغناء والتفاعل معه ودمج طفل عادى وهذا بالنسبة للبرنامج السلوكي وباستخدام الصور مع الطفل في برنامج النشاط المصور.
- تعديل السلوكيات الغير مرغوب فيها .
- تحقيق تفاعلات إيجابية مع الطفل.
- البدء من حيث يكون الطفل بقدراته وإمكانياته ، وتحديد استجاباته ، وأداءات بسيطة جدا مضمون نجاحه فيها.
- تعزيز كل استجابة ناجحة على حدة.
- تشويق الطفل للموقف التعليمي .
- تقديم المكافآت للطفل.
- تدريب الطفل على التفاعل الاجتماعي.
- تدريب الطفل على بعض المهارات الاجتماعية مثل(الاستجابة عند سماع اسمه- خذ- هات-أمسك- رفع الأيدي لفوق) .

- تدريب الطفل على بعض المهارات العقلية مثل(السعادة– الحزن) .
- تدريب الطفل على بعض مهارات رعاية الذات مثل(اشرب–كل– غسل الوجه) .
- استخدام أسلوب التعلم بالملاحظة ، والتقليد ، والنمذجة ، والتسلسل ، والتشكيل ، والحث على الاستجابة والتكرار ، والتعزيز واستخدام فنية الاقتصاد الرمزي.
- استخدام مهارة التعرف على الصور مثل(الأشياء التي يعرفها ويختارها)
- تعليم الطفل مهارة تميز الانفعال.
- في بداية التدخل العلاجي لابد من تنمية الحواس المختلفة للطفل مثل(لمس الفول – وضعه في علبة– ويسمع الصوت) .
- لابد من تلبية رغبات واحتياجاته الطفل مثل(استخدام الرموز المجسمة).
- لابد من معرفة الأشياء الحبيبة للطفل واستخدامها.
- استخدام الأدوات والصور اللازمة للبرنامج من البيئة المحيطة للطفل ويجب الإعداد لها قبل تنفيذ البرنامج.

❖ تقييم البرنامج

❖ يتم قبل تطبيق البرامج تطبيق الآتي :-

- تشخيص إكلينيكي من قبل طبيب الأمراض العصبية والنفسية.
- مطابقة الأعراض من معايير التشخيص المتضمنة بدليل التشخيص الإحصائي الرابع (DSM IV ١٩٩٤).
- مقياس جوادر للذكاء .
- قائمة تقييم أعراض اضطراب التوحد (إعداد/عادل عبد الله محمد) .
- مقياس الطفل التوحدي (إعداد/عادل عبد الله محمد) .
- قائمة المظاهر الانفعالية للطفل التوحدي (إعداد/ الباحثة) .
- استمارة ملاحظة سلوك الطفل التوحدي (إعداد/ الباحثة) .
- البرنامج سلوكي (إعداد/ الباحثة) .
- يتم تقييم البرنامج بعد مرور (١٠) أشهر من تنفيذ البرنامج .
- يتم التقييم البرنامج النهائي بعد مرور شهرين من التطبيق النهائي للبرنامج.

- أدوات التقييم .
- استمارة ملاحظة سلوك الطفل التوحدي أو دليل ملاحظة أسبوعية تستخدمها الباحثة لطفل التوحدى (إعداد الباحثة).
- قائمة المظاهر الانفعالية للطفل التوحدي (إعداد الباحثة) .
- مهام محددة بخطة العلاج يطلب من الطفل إنجازها .

❖ الوسائل والأنشطة المستخدمة في البرنامج:

❖ سوف يطبق البرنامج من خلال الوسائل أو الأدوات التالية :

الأغاني/حبيات مكرونة /حبيات أرز/ألوان مائية/زجاجة بلاستك فارغة / زجاجة بلاستك مملوءة ماء / الصور /العرائس/المجسمات للتعبير عن الخبرة المراد توصلها/المكعبات /الكور/بطاريات الإضاءة /والبازل/ الحيوانات المصنعة من البلاستك والتي تصدر أصوات خاصة بها ، وأغاني، وذات ألوان زاهية /والأدوات المنزلية المصنعة من البلاستك / فاكهة مصنعة من البلاستك/ صور لتعبير عن الانفعالات(حزين ☹ ، سعيد☺) أو صور الباحثة أو المعلمة /وحبوب فول/وغيرة ذات ألوان مختلفة /الخرز /أكواب /أطباق/ وسله بلاستك/مرآة/صور شخصية لطفل/مشابك بلاستك بألوان مختلفة/سلالم/عدد من التربيزات متدرجة الارتفاع /كراسي بظهر وكراسي من غير ظهر، كل هذه الأدوات موجودة في المركز الذي سوف يتم التطبيق فيه.

المعززات المختلفة لكل طفل (عصير–شكولاته لونها أصفر –بسكوت لونه أحمر ....) سوف تحضيرها الباحثة

❖ سوف يتضمن البرنامج مجموعة من الأنشطة هي :-

- أنشطة حس حركية تحقق للطفل تنمية مهارات حركية ، وتنمية مهارات اجتماعية والتفاعل الاجتماعي واستثمار طاقة الطفل استثمارا إيجابياً
- أنشطة لتنمية الانتباه والإدراك والتركيز والتفكير والتعليم
- أنشطة وبرامج مختلفة الهدف منها تنمية انفعالات الطفل وتحتوى على (لعب تشويقي يحقق الاستمتاع –لعب استفزازي يحقق انفعالات الطفل–تعزيزات معنوية لنجاحات الطفل و تعزيزات مادية)

التخطيط العام لجدول الزمن والمكاني للبرنامج

جدول التخطيط العام للزمن والمكاني لبرنامج العلاج السلوكي

م	مراحل البرنامج السلوكي	عدد الجلسات في الأسبوع	عدد الجلسات في كل مرحلة	عدد الأسابيع في كل مرحلة	عدد الشهور في كل مرحلة	مكان الجلسات	زمن تطبيق الجلسة في اليوم	عدد الأطفال في البرنامج
١	بناء علاقة طيبة بالطفل	(٦) جلسات في الأسبوع	(٣٦) جلسة	(٦) أسبوع	(١.٥) شهر	مركز التوحد	(٢٠..٣٠) دقيقة لكل طفل من أطفال العينة	(٥) أطفال المجموعة التجريبية الأولى تطبق على البرنامج السلوكي
٢	تحقيق الاتصال بالعين من خلال اللعب	(٦) جلسات في الأسبوع	(٣٦) جلسة	(٦) أسبوع	(١.٥) شهر			
٣	تنمية التعبيرات الانفعالية	(٦) جلسات في الأسبوع	(٧٢) جلسة	(١٢) أسبوع	(٣) شهر			
٤	المحاكاة غير اللفظية	(٦) جلسات في الأسبوع	(٤٨) جلسة	(٨) أسبوع	(٢) شهر			
٥	المحاكاة اللفظية	(٦) جلسات في الأسبوع	(٤٨) جلسة	(٨) أسبوع	(٢) شهر			
	التطبيق النهائي	بعد مرور شهر من تطبيق البرنامج تطبق الأدوات كلها						
	المجموع		(٢٤٠) جلسة	(٤٨) أسبوع	(١٠) أشهر+٢ شهر بعد تطبيق البرنامج		(٢٠٠-٢٥٠) دقيقة	(٥) أطفال م(الأولى)

❖ الفنيات السلوكية التي بني عليها البرنامج السلوكي :-

- التعزيز (معنوي–مادي)، النمذجة ، التسلسل، التشكيل ، الحث، الاستبعاد (التقليل التدريجي للحث أو المساعدة) ، تحليل المهمة، تحليل السلوك التطبيقي .

خطوات تنفيذ البرنامج السلوكي (محتوى جلسات البرنامج)

أولاً: تقييم الطفل وبناء علاقة طيبة معه:- وسوف تستغرق هذه المرحلة من (٦–٨) أسابيع،وذلك من خلال تقييم النمو (الاجتماعي، اللغوي ، المعرفي،الحركي/ ، مساعدة الذات /، المهارات الحالية، الجوانب الإيجابية ، الجوانب السلبية/المشاكل السلوكية ، والانفعالية والصحية) باستخدام أدوات التقييم الخاصة بالدراسة.

وبعد ذلك سوف تتم عملية بناء علاقة طيبة مع الطفل وذلك من خلال السلوكيات الآتية:

- الاقتراب من الطفل تدريجياً، والدخول لعالمه عن طريق الجلوس بجانبه قريباً منه إلى حد التلامس وحينما يحاول الابتعاد يتم تكرار السلوك.

- محاولة لمس يد الطفل ، ورأسه ، لمسات خفيفة سريعة ولاستغرق وقتا طويلا ، وتزداد تدريجيا في المدة التي تستغرقها ، وتقل تدريجيا الفترات البينية .
- الإمساك بذراع الطفل أو بيده ومحاولة الإبقاء عليها فترة تزداد تدريجيا حتى يتقبل الطفل هذا الوضع .
- التغير من وضع الطفل في الجلوس ومحاولة السلام عليه مع تكرار اسمه محاولة معرفة ما يحب الطفل من الأنشطة واستخدامها معه مع محاولة تغيير أماكن الطفل.
- محاولة إظهار ضرورة التقبل الكامل للطفل .
- يحظر تدريب الطفل على أي سلوكيات جديدة في هذه المرحلة .
- يفضل أن تكون الجلسات الأولى بين الطفل والمعلمة .

ثانيا: **تحقيق الاتصال بالعين بين الطفل والمعلمة**:- السلوكيات التي سوف يتم تنفيذها في هذه المرحلة هي :

- الجلوس أمام الطفل في وضع متقارب منه ، والمسح علي جسمه و رأسه ثم لمس وجه الطفل والنظر في عينيه و محاولة مداعبة الطفل عن طريق (الضحك- والغناء -اللعب) ، وتكرار ذلك السلوك لمرات.
- الجلوس خلف الطفل علي كرسي صغير بحيث يتم التقاء عين الطفل مع عين المعلمة وكذلك ومحاولة المسح علي رأسه ووجهه وإمالته وإرجاعه إلي مكانه فجأة .
- اللعب مع الطفل ثم حمله إلي أعلي في أوضاع مختلفة ، وإلي أسفل مع التحريك.
- محاولة إخفاء وجهه المعلمة والكشف عنه فجأة بواسطة يدها أو قطعة قماش ويتم تثبيت وجهه الطفل ثم محاولة الاقتراب منه بذكر اسمه ويقول أنا فين.
- محاولة اللعب مع الطفل وزغزغته، أثناء استمتاعه باللعب ثم تغيب المعالجة فجأة وتظهر وجهها للطفل لإستثارته.
- محاولة المعالجة إطفاء نور الغرفة وترك إضاءة خفيفة خارج الغرفة ، تستخدم بطارية الإضاءة للتركيز علي وجه المعالجة بحيث يكون وجهها قريبا من وجهه الطفل وينظر في عينيها مع محاولة اللعب مع الطفل .

- تحاول المعلمة في كل خطوة من الخطوات السابقة التقاء بعيون الطفل ومحاولة مداعبته وإمتاعه بطريقته الخاصة في اللعب (أي بطريقة التي يفضلها الطفل ومحاولة تدعيمه بكلمة(شاطر ،أو إعطائه المعزز الذي يفضله) مثل :- العصير -شكولاته-بسكويت-أو التصفيق والابتسام له .
- تحدد درجة استجابة الطفل واستمتاعه بالمكافأة التي تعطي نتائج أفضل ، وتزداد فترة تثبيت وجه الطفل والإصرار علي التقاء العيون تدريجيا دون إرهاق ومحاولة إدراك الطفل والتقاء عينيه بعين المعالجة دون أي مجهود يذكر من جانب المعالجة يدل علي نجاح هذه المرحلة.

ثالثا تنمية التعبيرات الانفعالية وهي (سعيد – حزين)

وسوف تستغرق هذه المرحلة من(١٢-١٦) أسبوع ، ويعتبر هذا البرنامج من البرامج الوجدانية التي تهدف إلي تزويد الطفل التوحدي باستثارته من خلال تنمية انفعالات التي ذكرت .

❖ **والسلوكيات التي سوف يتم تنفيذها في البرنامج هي** :-

١) الأنشطة الحس حركية وهي مثل:

- مهارات الحركة : مثل الجري-القعود -الوقوف -القفز-رفع اليد اليمني - رفع اليد اليسرى-تحريك الأصابع.
- إمساك الوجه – وأجزاء الوجه والنطق بها مثل هذا (فم- أنف-عين)
- وضع الكور في السلة -وضع حبوب الفول في الزجاجة.

٢) أنشطة لتنمية (تركيز الانتباه - الإدراك) وهي مثل:-

- الإمساك بالكور ووضعها في سلة الكور المعلقة في مستوى الطفل
- وضع المكعبات فوق بعضها .
- اللعب بكوب الماء.
- وضع حبوب الفول في الطبق واحدة واحدة في الزجاجة
- اللعب مع الطفل مثل الجريء حول كرسي
- يجب مراعاة تحريك رأس الطفل بلطف نحو من يحدثه وتثبيت رأسه في مواجهته مع تكرر ذلك بدون مساعدة المعالج .

- محاولة سحب اللعبة المحببة من يد الطفل ، وعند ثورة الطفل للحصول عليها ، لابد أن يتبعها إصرار من المعالجة علي أن يطلبها بلا بكاء أو ثورة ، فإذا سكت لمدة (٥) ثواني علي الأقل ، سوف نعطيها له ، ثم يكافأ علي هذا السلوك ، وسوف يكرر هذا السلوك.
- محاولة إخفاء اللعبة التي يلعب بها الطفل خلف ستارة أو صندوق وفي وجود الطفل وإذا حاول الطفل البحث عنها يكافأ علي هذا السلوك ، ثم محاولة إخفاء اللعبة مرة تاليه ونضع اللعبة في نفس المكان ولكن في غير وجود الطفل ونطلب منه أن يحضرها ونحاول أن نساعده بالإشارة علي المكان الذي توجد به اللعبة مع التكرار ومحاولة مكافأته ثم تغيير الأماكن التي توجد بها اللعبة .

٣) اللعب مع الطفل يحقق استفزازا لانفعالاته وهي:-

- تعلمه انفعال السعادة مثل الضحك مع الطفل والابتسام له عندما يؤدي شيء من خلال التقليد والنمذجة ، من خلال اللعب التشويقي مع الطفل يحقق سعادته واستمتاعه .
- تعلمه انفعال الحزن من خلال عدم أداء المهمة المطلوبة منه بتكشيرة الوجهة .

❖ **أمثلة:-**

- اللعب مع الطفل والجري معه
- زغزغة الطفل والمداعبة مع الأغاني.
- إحضار سلة يوجد بها كور ملونة واللعب بها.
- شد الطفل من يده أو من ملابسه شدا خفيفا لا يؤلمه ، حتى يبدأ في التعبير عن ضيقه واللعب معه.
- التصفيق –الضحك–والإشارة بالأصابع علي الوجه .
- اللعب مع الأشياء المحببة للطفل.
- محاولة الجريء حول كرسي أو منضدة.

- النطق باسم الطفل وناديه بصوت مرتفع بالقرب من أذنه ثم البعد عن أذنه فجأة وسوف يكرر ذلك مرات.
- إعطاء الطفل اللعبة المحببة إليه ثم شدها من يده وعندما يبدأ اللعب بها تؤخذ منه حتى يجري وراء المعالجة .
- يوضع عصير أو بسكوت محبب إلي الطفل علي المنضدة وكلما حاول أن يأخذها بيده ، يتم إبعاده مرات قبل أن يحدث ثورة نمكنه من الإمساك بها ، ثم يصفق له .
- يتم وضع كور علي الأرض ونطلب منه وضعها في السلة ، وكذلك وضع مشابك غسيل في ملابسه ليحاول شدها والتخلص منها ، وعندما يؤدي المهمة يصفق له .

هذه الاستفزازات والاستمتاع والتناوب الذي يحدث يحرك انفعالات وأحاسيس الطفل ، كما أن النجاح الذي ينجزه من خلال اللعب والتدعيم الذي يقدم يرتبط كله بتعامل مع الأشخاص وليس مع الأشياء.

رابعا مرحلة المحاكاة غير اللفظية :- السلوكيات التي سوف يتم تطبيقها في هذه المرحلة :-

- في هذه المرحلة تستخدم لغة الاستقبال البسيطة المطلوب من الطفل تقليد النموذج فيه(يقال للطفل فين المعالج أو المعلم) ثم يشاور النموذج علي وجه الطفل ويكرر توجيه الطفل للإشارة كما فعل النموذج.
- في البداية نساعد الطفل علي تنفيذ المهام التي يؤديها بالتدريب ونقلل من حجم المساعدة حتى ينجح في أدائها بدون مساعدة .
- في جميع المراحل بمساعده أو بدون مساعدة يتم تدعيم الطفل علي هذا النجاح الذي يؤديه والتعبير عن الفرح لنجاحه ليعيش الطفل خبرة من النجاح ممتعه ومشبعة تدفعه وتحفزه علي التكرار أو العكس

- تتضمن المحاكاة غير اللفظية حركات اليد أو إصدار أصوات الحيوانات أو سيارة أو الطيور أو التصفيق والخبط علي طبق أو الأرض أو صوت ضحك عالي أو صوت بكاء عالي .
- في هذه المرحلة يتم التعليم بتقليد النموذج ، والتعليم بملاحظة أطفال آخرين مثل(أن يشارك أثناء الجلسة طفل طبيعي إلي طفلين –ويتم تعزيز السلوك الإيجابي –مكافأة الطفل علي نجاحه).
- يراعي أن يتضاءل التلقين اليدوي تدريجيا حتى يتمكن الطفل من المحاكاة بدون مساعدة.

خامسا مرحلة المحاكاة اللفظية:السلوكيات التي سوف يتم تطبيقها في هذه المرحلة :-

- يتم في هذه المرحلة تدريب الطفل علي الأصوات المختلفة مثل (محمد يضحك- محمد حزين –محمد فرحان –محمد غضبان –محمد سعيد) وسوف يتم زيادة التلقين الصوتي وأن يتلفظ الطفل رد اً علي تلفظ المعالجة.
- إذ لم يقلد الطفل صوت المعالج يقوم المعالج بتطبيق طريقة التعلم بالملاحظة ، بأن يتم نطق كلمة (سعيد –حزين–زعلان–غضبان–فرحان) مع التكرارُ مرات ثم نساعده بكلمة عصير أو شكولاته محببة للطفل كخطوة أولى لتحفز علي التواصل .
- وهذا البرنامج السلوكي سوف يتم تطبيقه عن طريق المعالج وبمساعدة الباحثة بمركز قلوب بتحبيك بمحلة الكبرى ، وسوف تتم عملية تقييم ملاحظة سلوك الطفل من خلال استمارة/دليل ملاحظة سلوك الطفل في كل مرحلة من المراحل السابقة في البرنامج السلوكي. (استمارة/دليل سلوك الطفل التوحدي)

❖ **الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة** : نظرا لصغر حجم عينة الدراسة ، فقد تم استخدام بعض الأساليب الإحصائية اللابارامترية على أفراد المجموعتين التجريبيتين ، كما يلي:

- المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعتين : والتي تمثل الإحصاء الوصفي .
- اختبار مان ويتنى Mann-Whitney للكشف عن دلالة الفروق وذلك عندما تكون العينتان غير مرتبطتين (ضابطة –تجريبية) .
- اختبار ويلكوكسون Wilcoxon للكشف عن دلالة الفروق وذلك عندما تكون العينتان مرتبطتين(قبلي–بعدي) (بعدي–تتبعي) (فؤاد البهى السيد ، ١٩٨٧ ، ٣٥٤-٣٥٨) .
- استخدام معامل الارتباط في إيجاد الصدق والثبات .

◄ النتائج وتفسيرها

نتائج الفرض الأول :ـ ينص الفرض الأول على :

"توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات مجموعة العلاج السلوكي في القياس القبلي والقياس البعدي على قائمة المظاهر الانفعالية للطفل التوحدي (الاضطرابات الانفعالية – اضطراب التفاعل الاجتماعي – اضطراب التواصل – اضطراب السلوك – الدرجة الكلية) لصالح القياس البعدي " .

ولاختبار صحة هذا الفرض قامت الباحثة بحساب متوسطي رتب القياسين القبلي والبعدى لدى أفراد مجموعة العلاج السلوكي ، وقد تم استخدام اختبار ويلكوكسون للتحقق من وجود فرق بين متوسطي رتب القياسين القبلي والبعدى لنفس أفراد المجموعة ، ويتضح ذلك في الجدول التالي:

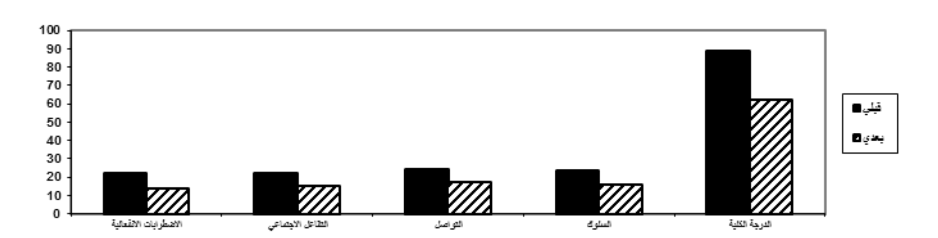
جدول

اتجاه الفرق بين متوسطي رتب القياسين القبلي والبعدى لدى أفراد مجموعة العلاج السلوكي على قائمة المظاهر الانفعالية للطفل التوحدي (ن=٥)

المقياس	الرتب السالبة (−)		الرتب الموجبة (+)		قيمة Z	مستوى الدلالة
	المتوسط	المجموع	المتوسط	المجموع		
▪ الاضطرابات الانفعالية	٣	١٥	٠	٠	٢.٠٣٢-	٠.٠٥
▪ اضطراب التفاعل الاجتماعي	٣	١٥	٠	٠	٢.٠٣٢-	٠.٠٥
▪ اضطراب التواصل	٣	١٥	٠	٠	٢٠.٤١-	٠.٠٥
▪ اضطراب السلوك	٣	١٥	٠	٠	٢.٠٢٣-	٠.٠٥
▪ الدرجة الكلية للقائمة	٣	١٥	٠	٠	٢٠.٢٣-	٠.٠٥

يتضح من الجدول السابق وجود فرق دال إحصائيا بين متوسطي رتب القياسين القبلي والبعدى لدى أفراد مجموعة العلاج السلوكي ، حيث كانت الفروق دالة عند مستوى (٠.٠٥) على قائمة المظاهر الانفعالية للطفل التوحدي لصالح القياس البعدي ، وبذلك يتم قبول الفرض الموجه ، مما يؤكد صحة نتائج الفرض الأول ومؤداها أن أفراد المجموعة التجريبية الأولى في القياس ألبعدي قد تحسنت لديهم بعض التعبيرات الانفعالية (سعيد – حزين) والتفاعل الاجتماعي والتواصل وذلك على قائمة المظاهر الانفعالية للطفل ألتوحدي ، وبالتالي يتضح فاعلية البرنامج السلوكي في تنمية بعض التعبيرات الانفعالية لدى أطفال المجموعة التجريبية الأولى في القياس ألبعدي وذلك مقارنة بالقياس القبلي.

ويوضح الشكل التالي التمثيل البياني لقيم متوسطي درجات أداء أفراد مجموعة العلاج السلوكي فى القياسين القبلي والبعدى على قائمة المظاهر الانفعالية للطفل ألتوحدي.



شكل (١)

التمثيل البياني لمتوسطي درجات أفراد مجموعة العلاج السلوكي في القياسين
(القبلي – ألبعدي) على قائمة المظاهر الانفعالية للطفل ألتوحدي

نتائج الفرض الثاني: ينص الفرص الثاني على :

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات مجموعة العلاج السلوكي في القياس البعدي والقياس التتبعي على قائمة المظاهر الانفعالية للطفل التوحدي (الاضطرابات الانفعالية – اضطراب التفاعل الاجتماعي – اضطراب التواصل – اضطراب السلوك – الدرجة الكلية) ".

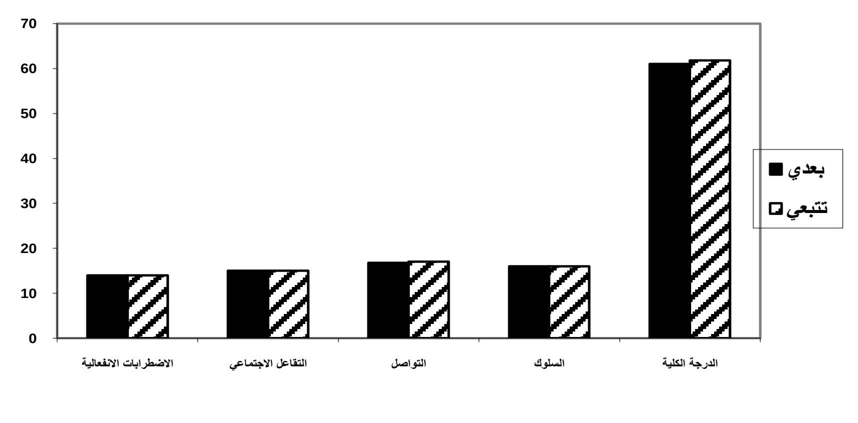
ولاختبار صحة هذا الفرض قامت الباحثة بحساب متوسطي رتب القياسين البعدى والتتبعي لدى أفراد مجموعة العلاج السلوكي ، وقد تم استخدام اختبار ويلكوكسون للتحقق من وجود فرق بين متوسطي رتب القياسين البعدى والتتبعي لنفس أفراد المجموعة ، ويتضح ذلك في الجدول التالي :

جدول اتجاه الفرق بين متوسطي رتب القياسين البعدى والتتبعي لدى أفراد مجموعة العلاج السلوكي على قائمة المظاهر الانفعالية للطفل التوحدي

المقياس	الرتب السالبة (−)		الرتب الموجبة (+)		قيمة Z	مستوى الدلالة
	المتوسط	المجموع	المتوسط	المجموع		
الاضطرابات السلوكية	١	١	٠	٠	−١	غير دالة
اضطراب التفاعل الاجتماعي	٠	٠	١	١	−١	غير دالة
اضطراب التواصل	١	١	٠	٠	−١	غير دالة
اضطراب السلوك	١	١	٠	٠	−١	غير دالة
الدرجة الكلية للقائمة	١.٧٥	٣.٥	٢.٥	٢.٥	−٠.٢٧٢	غير دالة

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فرق دال إحصائيا بين متوسطي رتب القياسين البعدى والتتبعي لدى أفراد مجموعة العلاج السلوكي، حيث كانت الفروق (غير دالة) على قائمة المظاهر الانفعالية للطفل التوحدي ، وبذلك يتم قبول الفرض الصفري .

ويوضح الشكل التالي التمثيل البياني لقيم متوسطي درجات أداء أفراد مجموعة العلاج السلوكي في القياسين البعدى والتتبعي على قائمة المظاهر الانفعالية للطفل التوحدي.



شكل (٢)

التمثيل البياني لمتوسطي درجات أفراد مجموعة العلاج السلوكي في القياسين (البعدي – التتبعي) على قائمة المظاهر الانفعالية للطفل التوحدي

❖ تفسير نتائج الفرض الأول والثاني:

أشارت نتائج الفرضين الأول والثاني للدراسة الحالية عن فاعلية البرنامج السلوكي في تنمية التعبيرات الانفعالية لدى عينة من الأطفال التوحديين بالنسبة لأفراد المجموعة التجريبية الأولى في القياس البعدي التي تم تطبيق البرنامج السلوكي عليها عند مقارناتها بمتوسط درجاتهم قبل البرنامج ، وبعده ، وكذلك عند مقارنة درجاتهم بمتوسط درجات أفراد مجموعة العلاج السلوكي في القياسين (البعدي – التتبعي) على قائمة المظاهر الانفعالية للطفل التوحدي ، مما يؤكد .

فعالية البرنامج القائم في الدراسة الحالية في التأثير على الأطفال التوحديين بتنمية التعبيرات الانفعالية لديهم .

ويمكن تفسير نتائج الفرضين السابقين في ضوء تأكيد مجموعة من الدراسات على أهمية البرامج السلوكية والعلاجية المقدمة للأطفال التوحديين، ودورها في تنمية التعبيرات الانفعالية لديهم ، ومن أمثلة هذه الدراسات :

دراسة ، ٢٠٠٧(لوفاس)LOVAAS ، دراسة (تيتش)٢٠٠٦ ,TEACCH ، (دراسة : Eikeseth Sevil , ٢٠٠٤) والتي أكدت على أهمية دور البرنامج المقدم لهؤلاء الأطفال وهو برنامج العلاج السلوكي المكثف وتأثيره على تنمية انفعال (الضحك ، الحزن) من خلال تلقي (العلاج السلوكي) مستخدمة فنية (النمذجة والتقليد ، والانتباه ، والتسلسل ، لغة الاستقبال –تعبيرات الوجه المختلفة – والانفعالات مثل الحزن والضحك والخوف والقلق) ومع تقدم الطفل وتطور قدراته تزداد صعوبة الأهداف لكل مجالا من المجالات السابقة وتضاف لها أهداف للمجالات الاجتماعية والأكاديمي والتحضير لدخول المدرسة، لدى مجموعة من الأطفال التوحديين، وأكدت الدراسة

أيضاً على أهمية هذا البرنامج في تنمية الآتي:

درجة الذكاء العام واللغة والسلوك التكيفي وتفاعل الاجتماعي والانفعالي وبعض مهارات التواصل، ومهارات الحياة اليومية، وكذلك أكدت الدراسة على أهمية التدخل المبكر مع هؤلاء الأطفال وذلك في سن السادسة والخامسة، وأيضاً هناك دراسات مثل دراسة (Buffington. et .al,٢٠٠٥)، دراسة٢٠٠٦ Shaw Sandy (٢٠٠٦) ، أكدت هذه الدراسات على أهمية تقديم العلاج السلوكي المبكر للأطفال التوحديين ، حيث تم تعليم الأطفال التوحديين بعض التعبيرات الانفعالية مثل (الابتسامة ، الضحك ، البكاء) من خلال البرنامج السلوكي ، وفي ضوء فنيات الآتية (النمذجة –التعزيز–التلقين) وكذلك تم تعليم الأطفال التوحديين أكثر تعبيرا لإيماءات (الضحك– الفرح–الحزن–الخوف – الغضب) لصالح بعد البرنامج ، وكذلك المتغيرات الأخرى للبرنامج مثل (التفاعل الاجتماعي – والتواصل – اللغة) ، وهذا يتفق أيضاُ مع الدراسة الحالية حيث قامت الباحثة باستخدام فنية (النمذجة –التعزيز) كأحد الفنيات المستخدمة لتنفيذ البرنامج السلوكي لتنمية التعبيرات الانفعالي.

كما أكدت العديد من الدراسات أيضاً على أهمية استخدام فنية التعزيز، والنمذجة، والتقليد والتلقين لتنمية التعبيرات الانفعالية،ومنها {دراسة: Bunch, Gregory| (٢٠٠٧) ، دراسة :عبد المنان ملا معمور (١٩٩٧) ، دراسة: نادية إبراهيم أبوالسعود (٢٠٠٢) ، دراسة Prizant ,B, (٢٠٠٤) ، دراسة : Garcia Et Al (٢٠٠٣) ، دراسة: Koegel , Koegel , (١٩٩٩) } ، وبالنظر إلى أسلوب العلاج بواسطة (العلاج السلوكي) نجد أنه كان ذا تأثير إيجابي في تنمية التعبيرات الانفعالية لدى الأطفال التوحديين ، وخاصة من خلال فنية التدعيم المأدى مثل تقديم معززات موجودة بالمراكز التي تم تطبيق فيها محببة للطفل وأهمها شبسي ، وبسكوت لونه أحمر ، وعصير ، كانت مشجعة على مواصلة النشاط وتكراره وتنفيذه مرة أخري مما يزيد على قدرة الطفل التوحدي على التواصل الانفعالي من خلال (الفرح عند تلقي المعزز المحبب إليه ، والحزن عند عدم تلقي المعزز فيدرب إذا نفذ المهمة فسوف يأخذ

المعزز وبالمحاولة والتكرار تم تعلمه السلوك المراد تعلمه) ، ولفنية التدعيم المعنوي أيضا دور إيجابي في تنمية التعبيرات الانفعالية مثل كلمة برافو عند أداء المهمة ، وكذلك كانت الفنيات الآتية ذات دور إيجابي في العلاج السلوكي ومن هذه الفنيات (فنية النمذجة – التقليد – التسلسل – التشكيل) ، وأيضا أكدت بعض الدراسات على فاعلية البرنامج في تنمية الاضطرابات الانفعالي لدى الأطفال التوحديين مثل دراسة : {دراسة: (Gambino ٢٠٠٠,G) ، دراسة: Silver ,Henry ,E.T (٢٠٠٦) ، دراسة: محمد أحمد محمود خطاب (٢٠٠٤) ، دراسة : Stella ,Jennifer ,Lynn (٢٠٠٥) ، دراسة: Critchety ,Et Al (٢٠٠٤) ، دراسة: Neysmith –Roy (٢٠٠٣) }

وهذه الدراسات أكدت على أهمية كل من فنيات (النمذجة – التقليد–التعزيز–التسلسل – التشكيل – تحليل السلوك– الحث) وضرورة استخدمها في تنمية التعبيرات الانفعالية لدى الأطفال التوحديين ، وذلك من خلال التدريب على الأنشطة المتنوعة .

كما أكدت هذه الدراسات السابقة أيضاً على أن تكون تلك البرامج المقدمة للأطفال التوحديين أن توجه بشكل فردي نظراً لمراعاة الفروق الفردية بين الأطفال التوحديين وبعضهم لأن كل طفل توحدي هو حالة فردية خاصة له قدرات ، وإمكانيات تختلف عن غيره من الأطفال المتساوين معه في نفس السن والمستوى التعليمي ، وكذلك أكدت الدراسات على أن المستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي ليس له دور في الإصابة باضطراب التوحد ، ولكن يؤثر فقط على تنمية التفاعل الاجتماعي والانفعالي والتواصل اللفظي وغير اللفظي وعلي مهارات الطفل التوحدي المخلفة ، وأكدت الدراسات أيضاً على مستوى الذكاء المرتفع لدى هؤلاء الأطفال التوحديين أفضل من الأطفال المتخلفين عقلياً.

وبالنظر إلى نتائج تلك الدراسات السابقة نجد أنها تتفق مع الدراسة الحالية ، حيث قامت الدراسة الحالية باستخدام أسلوب العلاج السلوكي القائم على استخدام فنيات (التعزيز– النمذجة – التسلسل – التشكيل– الحث–تحليل السلوك) التي ساهمت في تنمية التعبيرات الانفعالية لدى الأطفال التوحديين ، باستخدام الأنشطة وأدوات اللعب المتواجدة داخل المراكز التي تم فيها التطبيق ، وكذلك من خلال إحضار المعززات المحببة للطفل مثل (شبسي ، وبسكوت لونه أحمر ، وعصير– شكولاته لونها أصفر) حيث أدى ذلك إلى تنمية قدرة الطفل التوحدي على إدراك العلاقات والمفاهيم بين النموذج المعروض أي المطلوب منه تنفيذه حتى يحصل على المعزز لهذا النموذج وبالتالي زاد تعرف الطفل على فهم انفعال (سعيد – حزين – غضبان – خائف) وذلك من خلال تدريبه ، وهذا يؤكد نتائج الفرضين الأول والثاني على فعالية البرنامج السلوكي في تنمية بعض التعبيرات الانفعالية لدى أفراد المجموعة التجريبية الأولى في القياس البعدي ، وذلك مقارنة بالقياس القبلي، وكذلك أكدت الدراسة على فعالية القياسين البعدى والتتبعي لدى أفراد مجموعة العلاج السلوكي.

وأيضاً يتضح من نتائج الدراسات السابقة ، والإطار النظري لهذه الدراسة التأكيد على أن تكون البرامج المقدمة للأطفال التوحديين موجهة بشكل فردي طبقاً لقدرات كل طفل على حده ، وكذلك التأكيد على فعالية البرامج المقدمة في سن مبكر ، أي التدخل بالعلاج مبكراً ، وخاصة سن الروضة من (٣–٧) سنوات ، حيث يتم فيها تعديل السلوك بشكل أفضل من أي سن أخرى ، وهذه النتائج تتفق مع نتائج هذه الدراسة ، حيث اهتمت الدراسة الحالية بتوجيه البرنامج السلوكي للأطفال التوحديين بشكل فردي ، وكذلك وفي سن الروضة أيضاً ، وقد راعت الباحثة في هذا الجزء استخدام فنيات العلاج السلوكي المختلفة واستخدام الأدوات المتواجدة في المركز أثناء تنفيذ البرنامج ، وهذا أدى بدورة إلى تنـ مية التعبيرات الانفعالية لدى الأطفال التوحديين ، وكذلك نمَّي عندهم التفاعل الاجتماعي والتواصل اللفظي وغير اللفظي ، مما يؤكد على

نجاح البرنامج السلوكي في تنمية التعبيرات الانفعالية لدى الأطفال التوحديين كمجموعة تجريبية أولي تلقت البرنامج، حيث تم تنفيذ أنشطة البرنامج مع كل طفل على حده ، ولكن هناك أفراداً قد حققوا تقدماً ملحوظاً في معظم الأنشطة على الأكثر ، وبالنظر إلى جلسات البرنامج ككل نجد أنها حققت تنمية للتعبيرات الانفعالية لأفراد المجموعة التجريبية الأولى مع ملاحظة أن قدرات كل طفل تختلف عن الآخر في تحقيق التعبير عن انفعال (سعيد –وحزين) وكذلك في التفاعل الاجتماعي ، والتواصل ، أي الطريقة التي يتواصل بها في ضوء استخدام (الأنشطة –البرنامج) فمنهم من استطاع التعرف على تعبير السعادة والحزن من خلال التدريب على الأنشطة المحببة لديه واللعب معه ، والأشكال الهندسية بمجرد التدريب عليها مرة واحدة ، ويشير على المعلمة ويقول مها تضحك ، أو مها مكشرة من خلال الموقف الذي يقدم له ، وعلي الجانب الآخر كان هناك أطفال يحتاجون إلى تكرار التدريب أكثر من مرات وهذا يؤيد فكرة أن البرامج الموجهة للأطفال التوحديين يجب أن تكون بشكل فردي مما يدل نجاح أو فاعلية البرنامج السلوكي القائم في الدراسة الحالية في تنمية التعبيرات الانفعالية للأطفال التوحديين .

خلاصة وتعقيب على التفسير السابق: وبالنظر إلى هذا التفسير السابق نجد أنه يتفق مع ويؤكد على صحة نتائج الفرضين الأول والثاني للدراسة الحالية ، ومرادهما فعالية البرنامج السلوكي في تنمية التعبيرات الانفعالية لدى عينة من الأطفال التوحديين (المجموعة التجريبية في القياس ألبعدي ، والتتبعي) مقارنة (بالقياس القبلي) وذلك على قائمة المظاهر الانفعالية لصالح ألبعدي مقارنة بالقياس القبلي ، وكذلك عدم فروق دالة إحصائية لأفراد المجموعة التجريبية في القياس الثاني ، أي بعد فترة المتابعة مما يؤكد فعالية العلاج السلوكي

نتائج الفرض الثالث : ينص الفرض الثالث على : " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة الضابطة في القياس القبلي والقياس ألبعدي على قائمة المظاهر الانفعالية للطفل ألتوحدي (الاضطرابات الانفعالية – اضطراب التفاعل الاجتماعي – اضطراب التواصل – اضطراب السلوك – الدرجة الكلية) " .

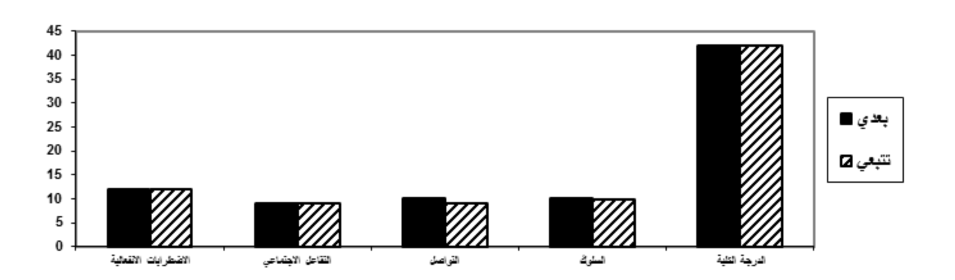
ولاختبار صحة هذا الفرض قامت الباحثة بحساب متوسطي رتب القياسين القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة الضابطة ، وقد تم استخدام اختبار ويلكوكسون للتحقق من وجود فرق بين متوسطي رتب القياسين القبلي والبعدي لنفس أفراد المجموعة ، ويتضح ذلك في الجدول التالي:

جدول اتجاه الفرق بين متوسطي رتب القياسين القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة الضابطة على قائمة المظاهر الانفعالية للطفل ألتوحدي

المقياس	الرتب السالبة (−)		الرتب الموجبة (+)		قيمة Z	مستوى الدلالة
	المتوسط	المجموع	المتوسط	المجموع		
الاضطرابات الانفعالية	٠	٠	١	١	−١	غير دالة
اضطراب التفاعل الاجتماعي	١	١	٠	٠	−١	غير دالة
اضطراب التواصل	١	١	٠	٠	−١	غير دالة
اضطراب السلوك	٠	٠	١	١	−١	غير دالة
الدرجة الكلية للقائمة	١	١	٠	٠	−١	غير دالة

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فرق دال إحصائيا بين متوسطي رتب القياسين القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة الضابطة ، حيث كانت الفرق غير دال على قائمة المظاهر الانفعالية للطفل ألتوحدي ، وبذلك يتم قبول الفرض الصفري

ويوضح الشكل التالي التمثيل البياني لقيم متوسطي درجات أداء المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على قائمة المظاهر الانفعالية للطفل ألتوحدي.



شكل (٤) التمثيل البياني لمتوسطي درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياسين (القبلي – ألبعدي) على قائمة المظاهر الانفعالية للطفل ألتوحدي .

نتائج الفرض الرابع : ينص الفرص الرابع على " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية ، والمجموعة الضابطة في القياس ألبعدي على قائمة المظاهر الانفعالية للطفل التوحدي (الاضطرابات الانفعالية – اضطراب التفاعل الاجتماعي – اضطراب التواصل – اضطراب السلوك – الدرجة الكلية)لصالح المجموعة التجريبية. وقد تم استخدام اختبار مان ويتنىMann-Whitney للتحقق واختبار ويلكوكسون Wilcoxon وقيمة (Z) كأساليب لا بارامترية للتعرف وجود فرق بين المجموعتين (الضابطة– التجريبية) في القياس البعدى وذلك للوقوف علي دلالة ما يطرأ عليه من تغير كما تعكسه درجاتهم علي المقياس، ويتضح ذلك في الجدول التالي

جدول (١٥)

اتجاه الفرق بين متوسطي رتب القياس البعدى لدى أفراد المجموعتين (الضابطة– التجريبية) على قائمة المظاهر الانفعالية للطفل ألتوحدي

المقياس	المجموعة	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	معامل مان ويتنى U	معامل W	قيمة Z	مستوى الدلالة
قائمة المظاهر الانفعالية للطفل ألتوحدي	الضابطة	٥	٣	١٥	صفر	١٥	-٢.٦٣	٠.٠١
	التجريبية	٥	٨	٤٠				

ويتضح من الجدول وجود فروق دالة على(قائمة المظاهر الانفعالية للطفل ألتوحدي) بين المجموعتين (الضابطة– التجريبية) في القياس البعدي ،وبالرجوع إلي متوسط المجموعتين يتضح أن هذه الفروق لصالح المجموعة ذات المتوسط الأكبر وهي المجموعة التجريبية مما يعني أن البرنامج العلاجي السلوكي الذي تم تطبيقه علي أفرادها قد أدي إلي تحسن المظاهر الانفعالية للطفل ألتوحدي لأفراد هذه المجموعة ، وهو ما يحقق صحة الفرض الاول ، ويوضح الشكل التالي التمثيل البياني لقيم متوسطي درجات أداء أفراد المجموعتين الضابطة– التجريبية) في القياس البعدي على قائمة المظاهر الانفعالية للطفل التوحدي .



شكل (٥)

التمثيل البياني لمتوسطي المجموعتين (التجريبية – الضابطة) في القياس البعدي على قائمة المظاهر الانفعالية للطفل التوحدي.

تفسير نتائج الفرض الرابع :

أشارت نتائج الفرض الرابع للدراسة الحالية إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين (الضابطة– التجريبية) في القياس البعدي ، وذلك في ضوء استخدام قائمة المظاهر الانفعالية للطفل التوحدي ، كمتغير تابع في الدراسة ، وكمحك تقيمي للبرنامج وعند مقارنة أفراد المجموعة التجريبية ، و أفراد المجموعة الضابطة ، حيث تتغير المجموعة التجريبية ،ولا تتغير المجموعة الضابطة ، بعد تلقي المجموعة التجريبية البرنامج ، تم قياس أثره علي البرنامج ، حيث بعد تطبيق البرنامج في (القياس البعدي الأول) ، وجد أن الدرجات التي حصل عليها أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي الأول مختلفة مع الدرجات التي حصل عليها أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي ، ويتضح من ذلك أن أفراد المجموعة التجريبية حدث لهم تحسن في التعبيرات الانفعالية التي ينمها البرنامج ، مما يدل على أثر ، برنامج العلاج السلوكي في تنمية التعبيرات الانفعالية لدى عينة من الأطفال التوحديين ، وذلك على المدى الطويل ، وهو ما يمكن تفسيره في ضوء المهارات المستخدمة لهؤلاء الأطفال ، وتوضيح الفنيات الآتية ذات دور إيجابي في العلاج السلوكي ومن هذه الفنيات (فنية النمذجة – التعزيز– التسلسل – التشكيل) ، وهذا ما أكدته الدراسات السابقة على سبيل المثال : { دراسة:Shaw Sandy (٢٠٠٦) ، دراسة:|Bunch, Gregory (٢٠٠٧) ، دراسة : ٢٠٠١ ، عادل عبد الله ، ومني خليفة ، دراسة: (Macdff ,G, Et Al,١٩٩٩) ، دراسة : Bondy ,Asforst,L ٢٠٠٠ ، دراسة: ، دراسة: Anderson, Aimee (٢٠٠٥) ، دراسة: Preis , Janet ٢٠٠٥) واتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج هذه الدراسات في أن هذه المهارات، والفنيات التي تؤكد على استمرار فعالية العلاج السلوكي ، وتؤكد الدراسات أيضاً على استخدامه مع الأطفال التوحديين ويعتبر هذا أفضل من أي طريقة أخري ، وتوصي بتدريب الأطفال التوحديين على الاستجابات الانفعالية المختلفة باستخدام الأنشطة المصورة ، والعلاج السلوكي ، وذلك لما لهما من أهمية في التأثير على التعبيرات الانفعالية في البرنامج الحالي .

ومن أجل التحقق من نتائج الفرض الرابع أيضاً ، تم مقارنة درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي بدرجات أفراد المجموعة الضابطة ، فوجد أن هناك فروقاً داله الدرجة الكلية للقائمة التعبيرات الانفعالية للطفل التوحدي ، مما يؤكد على فعالية برنامج العلاج السلوكي في تنمية التعبيرات الانفعالية لدى عينة من الأطفال التوحديين.

الفرض الكلينيكي: نتائج الفرض الخامس

ينص الفرص الخامس على : " توجد بعض الخصائص النفسية التي تكمن خلف الدرجات المرتفعة على قائمة المظاهر الانفعالية للطفل ألتوحدي (الاضطرابات الانفعالية – اضطراب التفاعل الاجتماعي – اضطراب التواصل – اضطراب السلوك – الدرجة الكلية)"

❖ نتائج دراسة الحالة

النوع: ذكر الفرقة أولى حضانة

- الدرجة على قائمة المظاهر الانفعالية للطفل التوحدى بالنسبة للبرنامج السلوكي (٦٠)
- السن : ٦. ٥

أولاً بيانات خاصة بالأسرة والإخوة :

الابن الأول في الترتيب الميلادي، وله أخ تؤم ، معه في نفس المركز، الأب يبلغ من العمر (٤٠) سنة يعمل موظف حكومي في الشباب والرياضة ، يتسم الأب بالتدين ، ولكنة دائما أعصابة متوترة ، قلق على أولادة، وصوته عالي ، وبعد ميلاد الطفلين تم سفرة للخارج لمدة (عام) وكانت العائلة تقطن مع شقيق الأب مما أدى إلى وجود مشاكل مستمرة بين الأسرتين خاصة بين الأب والعم .

الأم تبلغ من العمر(٣٧) سنة وهى ربة منزل ، وهى إنسانه متدينة وملتزمة ، وهى قريبة زوجها من ناحية الأم ، ودائما يوجد بينها وبين زوجها خلاف بسبب مرض طفلها وهى دائما قلقه على طفلها وتحس بالعجز والنقص والخوف والتوتر ودائما تتهم الزوج بأنة مقصر في علاج أولادها .

ثانياً بيانات خاصة بالحالة:

هو طفل في الخامسة من العمر ، في أولى حضانة في مركز التوحد ، تميزت طفولته بأنة كان مولود طبيعيا ، هو واخية التؤم وبعد مرور عامان ونصف ، ظهرت أعراض التوحد على الطفل ولكن لم يلقى اهتماما من العلاج تحولت حالته إلى العزلة ولا يتفاعل مع الآخرين ، ويتجنب النظر فى عيون الآخرين ويتضايق عند ملامسة الآخرين له ، ولا يستجيب عند النداء علية باسمة ، لا ينظر حتى تلبى طلباته ، ولا يستطيع التعبير بالوجه في الحالات الانفعالية مثل (الضحك ، والبكاء، الحزن ، الاندهاش) وكذلك لا يفهم هذه الانفعالات عند الآخرين ، ويتوتر لأتفه الأسباب .

حيث تبدو الذاكرة عنده أنة يتذكر جيدا أماكن ألأشياء ، ولكن في موضعها دون تغير ، والانتباه عنده : يبدوا أنة في عالم أخر غير منتبه لشيء لا يركز سوى في السقف، والمراوح و أصوات الموسيقى ، والأذان ، والمحركات ، والسلوك : لا يوجد اتصال بالعين مع الآخرين ،وعنده نوبات من الصراخ ، والحركة المستمرة ، يضطرب مع أي تغير في نظام الأشياء من حوله ، يقوم بحركة الأصابع أمام العين ، يفضل الوقوف أمام ألأشياء ذات الحركة السريعة ، يضرب نفسه وبعض يده ، ويضرب ألآخرين ، ويشد الشعر.

أما بالنسبة للتواصل اللفظي وغير اللفظي : فهو أحيانا يفقد القدرة على الكلام وأحياننا يردد بعض الكلام ، ويشير إلى ما يريد أو يسحب يد الأخر لإعطائه الشيء ، يستطيع حركة الصلاة ، مع العلم أن أجهزة الكلام عنده سليمة وفى حالة جيدة جدا.

وكذلك بالنسبة لمهارات رعاية الذات يشرب وحدة كوب ماء ، ويأكل بيده ، ولا يستطيع استخدام الملعقة ، ولكن يدرب عليها ، يستطيع خلع حذائه لوحدة مسك الصابون على الحوض وغسل وجهة، وفتح الصنبور تحليل بيانات الحالة :

من خلال البيانات والمعلومات التي حصلت عليها الباحثة بتطبيق دراسة الحالة لأطفال عينة الدراسة في مركز قلوب بتحبك بالمحلة الكبرى موضوع الدراسة وجد أن الحالة تعانى من توحد متوسط وأعراضه كما ذكرت سابقا ، تؤثر على الحالة النفسية

والانفعالية والاجتماعية للطفل مما يجعله يفضل العزلة الاجتماعية وعدم القدرة على فهم انفعالات الآخرين وبناء على المعلومات سالفة الذكر، وجدت الباحثة النموذج – السلوكي لنمو التعبيرات الانفعالية وذلك من خلال المراحل الآتية :

بناء علاقة طيبة مع الطفل

- وتتمثل هذه المرحلة في إقامة علاقة طيبة مع الطفل في المركز الموجود به ، ومعرفة الأشياء المحببة لدية
- ومعرفة أفضل الوسائل للتعامل مع الطفل

تحقيق الاتصال بالعين من خلال العب

وذلك من خلال اللعب مع الطفل

تنمية التعبيرات الانفعالية

- من خلال تنمية الانتباه واللعب التشويق وتنمية انفعال سعيد – حزين ، وذلك من خلال وجه المعلمة

المحاكاة غير اللفظية

- تقليد حركة اليد (لا) حركة الرأس (نعم)
- يشير إلى نفسه ويشير إلى المعلمة

المحاكاة اللفظية

- تحقيق نجاح في نطق الكلمة مثل الله ، نطق كلمة ما ماما ، با بابا ومعرفة انفعالات الوجه من خلال(سعيد– حزين – الابتسامة – الضحك).

وتم تطبيق البرنامج العلاجي على الطفل ضمن إفراد المجموعة التجريبية ، وكانت الدرجة التي حصل عليها الطفل بعد تطبيق البرنامج (٦٠) في القياس البعدى، والدرجة التي حصل عليها في القياس التتبعى (٥٩).

وتفسر النتائج في ضوء الدرجات التي حصلت عليها الحالة على قائمة المظاهر الانفعالية للطفل التوحدى في القياس القبلي والبعدى والتتبعى .

مما يدل على تنمية التعبيرات الانفعالية عند الحالة ويرجع ذلك إلى الفنيات التي قامت عليها جلسات العلاج والتي ساعدت الحالة على المواجهة الصريحة لتلك التعبيرات الانفعالية من خلال فنية التسلسل والتشكيل والنمذجة ويمكن توضحها من خلال : نتائج استمارة دراسة الحالة للبرنامج السلوكي بالنسبة للطفل

❖ **إشباع حاجات الطفل النفسية والانفعالية :**

مثل الحاجة إلي الحب ، والحنان ، والتجاوب الانفعالي ،من معرفة انفعال(سعيد ،وحزين) من خلال المهام التي ينجح في أدائها من خلال تعبيرات ألوجهه بالابتسام والضحك ونطق اسم الانفعال ب(ش) سعيد ،أو لمهام التي لم ينجح فيها من خلال تعبير الوجهة بالتكشيرة ونطق اسم الانفعال با(ش)حزين ، القبول ، النجاح ، والانجاز ، والشعور بالأمن .

❖ **في مجال النمو المعرفي :**

يزيل قطعة قماش عندما نختبئ وراءها / يؤدي حركات بسيطة عندما يطلب منه / يضع الأشياء في أماكنها عندما يطلب منه ذلك مع تحديد المكان له / وضع(٣–٧) مكبات فوق بعض أو جانب بعض مقلداً وعندماً يطلب منه / وضع خرز كبير (٦)داخل زجاجة ، وإخراجه ، لضم الخرز في سلك سميك / الإمساك بالقلم ،ورسم خطوط مقلداً / يتعرف علي ثلاثة ألوان هي الأحمر ،والأصفر ، أخضر / يضع الكرة في السلة ، أو يلقي بها إلي الأخر عندما يطلب منه ذلك / يجد شيئاً مخبئاً عندما يطلب منه أو عندماً يريده / يضع أوتاداً في أماكنها بلوحة الأوتاد / يضع الأشياء في ،وعلي ،وتحت عندما يطلب منه / يكمل لوحة الأشكال (٣– ٧) أشكال ، يضع في السلة ٨مكعبات من ١٠ يفرغها ويضعهم بنفسه دون مساعدة .

في مجال النمو الاجتماعي:

إكسابه المهارات الاجتماعية البسيطة : حيث حقق الطفل نجاحاً في اللعب مع شخص بالغ ، و مع طفلين ٥دقائق علي الأقل/ الضحك / الابتسام/ التكشيرة للوجهة (انفعال سعيد، حزين) / الاستجابة عندما يسمع اسمه (ش)/ الاستجابة للتعليمات البسيطة (هات، خد، أعطي ل ، أقف، اجلس ،اطلع ، انزل) الإشارة باليد للتعبير باي باي ، السلام باليد علي الآخرين / التصفيق مع كلمة براقو / الرقص مع الموسيقي /٠٠٠ تقليد الكبار في الضغط علي اللعبة لإصدار أصوات ، استخدام الشفاط ، واستخدام الصفارة لإصدار الأصوات ، الخبط بعصاه علي المنضدة لإصدار صوت ، الخبط بالقدم علي الأرض لإصدار صوت / الرد علي التليفون بكلمة الو (أو صوت معبر عنها) / الجلوس علي كرسي لمدة ١٥دقيقة استجابة للتعليمات/ أن يتوقف عن النشاط عندما يسمع كلمة لا،مع استخدام الإشارات المصاحبة للكلمة /٠٠٠)

❖ **في المجال اللغوي :**

يكرر صوتاً يسمعه من الآخرين / يقلد نغمات إطلاق الأصوات / يكرر مقطع (٤) مرات مقلداً / ينفذ التعليمات التي تصاحبها إيماءات / يشير إلي (٨)أجزاء من جسمه عندما يسأل عنها / يصدر أصوات القط ، الكلب ، القطار يشير إلي نفسه عندما يسال بذكر أسمه (فين ش) / يشير إلي معلمه تربية الخاصة ، يستطيع نطق :الله ، لا ، مايه ، و(ش)سعيد ، و(ش) حزين ، وكلمات غير واضحة مثل أحمد أفتح ، شكرا ، هات ،خد ، عايز ، وكلها بدايات تعتبرا ،مؤشراً لصلاحية أجهزته الصوتية للكلام بمزيد من التدريب .

❖ **في مجال مساعدة الذات :**

يشرب ويمسك الكوب بدون مساعدة / يأكل سندوتش بدون مساعدة / يمسك الملعقة ، ويأكل بدون مساعدة ، يأخذ الشفاطة لشرب السوائل / يملأً الكوب من الصنبور عندما يفتح له / يفتح الثلاجة ،ويحضر اللبن / يخلع ملابسه / يستحم تحت الدش / استخدام كلمات أو أصوات أو حركات تدل علي الرغبة في (الذهاب للحمام

تغير ملابسه إذا كان مبللا ، الأكل والشرب) / يمسك الصابون يقف علي الحوض ، و يغسل وجهه ويديه مقلداً، إذا فتح له الصنبور / ويستطيع أن ينشف وجهه إذا أعطي له الفوطة / ويمسح الأنف إذا أعطي له المنديل وطلب منه ذلك .

❖ في مجال النمو الحركي :

يقلب صفحات الكتاب / يضع أشياء صغيرة (خرز، حبوب الفول) داخل طبق ، زجاجة ثم يفرغها / يصفق بيديه / يدحرج الكرة ، ويلقي بها بيديه ، ويدفعها برجله/ ويرفع الأوتاد بلوحة الأوتاد / ويبني برجاً من المكعبات (٥) / يصعد وينزل السلم بدون مساعدة / يجلس علي كرسي بدون مساعدة / يجمع الكور من علي الأرض ويضعها في السلة كلها ، يستخدم الحصان الهزاز بدون مساعدة / يتأرجح علي أرجوحه بعد دفعه بداية / يتشقلب للأمام بمساعدة / يقفز من ارتفاع ٤٠ سم بمساعدة وينظر إلي الأرض ويرفع كلتا رجليه قبل القفز / يتسلق ويتزحلق علي منزلق بارتفاع (٣) درجات / مغيراً اتجاه ليمسك بشخص يلاعبه / يمر تحت أو فوق حبل بارتفاعات (٧، ٩سم) ، يطلب ممارسة هذه الألعاب بأن يذهب إلي مكان اللعب ، ويرفع يديه طالباً رفعه لأعلي ، أو يتسلق ليقف علي الطاولة ، ويمد يده طالباً مساعدته علي القفز بالإمساك بيديه .

المراجع

المراجع باللغة العربية

- ناصر بن إبراهيم المحارب (٢٠٠٠) : المرشد في العلاج الاستعرافي السلوكي ، الكويت ، دار القلم .
- نشوي عبد الحليم عبد اللطيف البربري(٢٠٠٤) : فعالية برنامج تدريبي قائم علي التعلم بالأنموذج في تنمية بعض من المهارات الاجتماعية لدى طفل الأوتيزم : دراسة حالة ، رسالة ماجستير ، كلية التربية ، جامعة المنوفية.
- هالة فؤاد كمال الدين (٢٠٠١) : تصميم برنامج لتنمية السلوك الاجتماعي للأطفال المصابين بأعراض التوحدية ، رسالة دكتوراه ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس.
- وليام كرين ، ترجمة هناء المسلم (١٩٩٦) :: " الأطفال التوحديون ، مرشد للآباء ، كونستال ، لندن ، دار النشر العربي بعد الترجمة.
- أتوود، توني (١٩٩٩). لماذا يتصرف طارق هكذا. الكويت: مركز الكويت للتوحد، ترجمة: ياسر الفهد.
- بخش ، أميرة (٢٠٠٢). فعالية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التفاعل الاجتماعي في خفض السلوك العدواني لدى الأطفال التوحديين. مجلة العلوم التربوية، ١ (١)، ١٢٩-١٥٧.
- بدير، كرمان؛ صادق، إيميلي (٢٠٠٠). تنمية المهارات اللغوية للطفل. القاهرة: عالم الكتب. جوهانسون، إرينيه (١٩٩٩). النمو اللغوي لدى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، الاتصال الأدائي. الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب. ترجمة: أنس محمد قاسم.
- الخطيب، جمال (٢٠٠١). تعديل سلوك الأطفال المعوقين، دليل الآباء والمعلمين. عمان: دار حنين.

- الزارع، نايف (٢٠٠٣). بناء قائمة لتقدير السلوك التوحدي. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

المراجع باللغة الانجليزية

- Wheeler ,John je And Carter ,S. (٢٠٠٣) : Using Visual Cusses In the Class Room For Promoting Positive Behavior .BC .Journal Of Special Education.v٢١-N٣.
- Wilson, Jackson (١٩٩٨) : An In vivo Approach To The desensitization Of Retarded Child's ,Journal Of developmental Disorders, (٦) ,(٣) : ١٣٧-١٤٠.
- Arnold, A., and Randye, J. (٢٠٠٠). Eye contact in children's social interaction: What is normal behavior ?, Journal of Intellectual and Developmental Disability, ٢٦(٣), ٢٠٧-٢١٧.
- Ball, J. (١٩٩٦). Increasing social interactions of preschoolers with autism through relationships with typically development pears. Practicum report, Nova Southeastern University.
- Barmann, C. (١٩٩٥). The development of emotional concepts in autism. Journal of Child Psychology and Psychiatry, ٣٦(٦), ١٢٤٣-١٢٥٩.
- Bianc, T., and Hill, R. (١٩٨٩). Developing an intervention program for the non-verbal child with autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, ٣٨(٥), ١١-٢٨.
- Biklen, D. (١٩٩٠). Communication unbound: autism and praxis. Harvard Educational Review, ٦٠ (٣), ٢٩١-٣١٤.

- Buffington, D. (١٩٩٨). Procedures for teaching appropriate gestural communication skills to children of autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, ٢٨(٦), ١١-٢٨.
- Carr, E., and Kemp, E. (١٩٨٣). Acquistion of sign language by autisyic children ١١: spontaneity and generalization effects. Journal Of Applied Behavior Analysis, ١٦(٣), ٢٩٧-٣١٤.
- Charlop, M. and Trasowech, J. (١٩٩٠). Increasing autistic children's daily spontaneous speech. Journal of Applied Behavior Analysis, ٢٤(٥), ٧٤٧- ٧٦١.
- Keen, D. (٢٠٠٣). Communicative Repair strategies and problem Behaviors of children with autism. International Journal of Disability, Developmental and Education,.٥٠(١), ٥٣-٦٤.
- Koegle, R. and Frea, W. (١٩٩٣). Treatment of social behavior in autism through the modification of pwotolsocial skills. Journal of Applied Behavior Analysis..٢٦ (٣), ٦٦٩-٧٧٣..
- Lepist, T. shestaKova, A. Vanhala, R . Alku, P. and Nktnen, R. Yaguchi, K. (٢٠٠٣): Speech-sound- selection auditory impairment in children with autism: they can perceive but do not attend. Proceeding of the National Academy of Science of The United States of America, ١٠٠(٩), ٥٥٦٧-٥٥٧٣.
- Lipuma, U. (٢٠٠٠). Board Maker Picture Index. USA: Mayer Johanson, Inc.
- Lord, C. & Hopkins, S. (١٩٨٦). The social behavioral of autistic children with younger and same age non-handicapped peers. Journal of Autism and Developmental Disorders, ١٦(٣), ٢٤٩-٢٦٢.

- Lynn, a. (١٩٩٩). Auditory intergration trainig and facilitated communication for autism, Journal of child psychology and psychiatry, ١٠٢(٢), ٤٣١-٤٣٦.
- Mc donough L. (١٩٩٧). Deficits , Delays, and distractions : an evaluation of symbolic play and memory in children with autism. Journal of child psychology and psychiatry. ١(١٠), ١٧-٤١.
- Mirenda, p., Donnellan A. and Yoder, D. (١٩٨٣). Gaze behavior: A new look at an old problem. Journal of Autism and Developmental Disorders,.١٣(٤), ٥٣-٧٥.
- Mundy, p. Sigman, M. and Kasari, C. (١٩٩٠). A Longitudinal study of joint attention and language. developmental in autistic children. Journal of Autism and Developmental Disorders.٢٠(١), ١١٥-١٢٦.
- Oleny, M. (٢٠٠٢). Working with autism and other social-communication Disorders. Journal of Rehabilitation,.٦٦(٤), ٥١-٥٧.